

N° 4

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

LOCALISATIONS DE LA BLENNORRHAGIE  
SUR LES NERFS PÉRIPHÉRIQUES

---

THÈSE

*Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier*

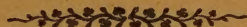
le 16 décembre 1893

PAR

**Marius CROS**

Né à Clermont-l'Hérault

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE



MONTPELLIER

IMPRIMERIE SERRE ET ROUMÉGOS, RUE VIEILLE-INTENDANCE, 5

1893



A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

M. CROS

*A mon Président de Thèse*

**M. le Professeur GRASSET**

Correspondant de l'Académie de médecine  
Lauréat de l'Institut

**A TOUS MES MAITRES**

**A MES CONDISCIPLES**

M. CROS

## INTRODUCTION

Monsieur le professeur Grasset nous ayant chargé d'observer et d'étudier un malade qui venait d'entrer dans son service, nous pûmes, d'après les symptômes que présentait le patient, diagnostiquer un cas de pseudo-tabes.

Mais nous hésitâmes longtemps lorsqu'il fallut trouver la cause de cette affection.

En effet, le malade n'avait subi d'autre intoxication ou infection que celle du gonococque, dont il n'avait jamais essayé de se débarrasser.

Or, les publications sur le pseudo-tabes post-infectieux n'avaient jamais signalé la blennorrhagie parmi les causes de cette affection.

Nous fîmes part de nos hésitations à M. Grasset, qui nous engagea à faire des recherches pour savoir s'il n'existait pas des cas de localisation de la blennorrhagie sur les nerfs périphériques.

C'est le résultat de ces recherches que nous allons exposer dans ce travail, qui nous servira de thèse inaugurale.

Nous avons trouvé deux sortes de lésions produites par la blennorrhagie sur les nerfs, sans lésion apparente du système nerveux central. Les unes sont des névrites, les autres des névralgies.

Dans les deux cas nous n'avons pu nous appuyer que sur des faits cliniques ; car nous n'avons pu trouver une seule relation d'autopsie se rapportant à notre sujet.

Quoi qu'il en soit, nous avons pu déterminer les différentes lésions, en nous appuyant seulement sur les faits cliniques.

Notre plan était tracé naturellement. Nous avons divisé notre travail en deux parties :

Chapitre premier. — *Névrites blennorrhagiques*.

Chapitre second. — *Névralgies blennorrhagiques*.

Nous terminons ensuite, en formulant quelques conclusions qui découlent de notre travail.

Mais avant d'aborder cette étude, qu'il nous soit permis d'acquitter une dette de reconnaissance envers tous nos maîtres, qui ont si largement contribué à notre instruction médicale.

Nous devons surtout des remerciements à M. Rauzier, professeur-agrégé, qui a bien voulu mettre à notre disposition et sa bibliothèque et ses notes personnelles, pour mener à bien le travail que nous nous étions imposé.

En terminant, nous saisissons l'occasion qui nous est offerte d'exprimer notre reconnaissance à M. le professeur Grasset, dont les leçons et les cliniques si élevées nous serviront toujours de guide durant notre carrière médicale. Qu'il reçoive aussi nos remerciements pour nous avoir fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

---

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

LOCALISATIONS DE LA BLENNORRHAGIE

SUR LES NERFS PÉRIPHÉRIQUES

---

CHAPITRE PREMIER

NÉVRITES BLENNORRHAGIQUES

Avant d'aborder la question des névrites blennorrhagiques, nous croyons nécessaire, pour la clarté de ce qui suivra, de faire une étude rapide des névrites en général. Cela nous permettra de comparer les lésions blennorrhagiques avec les névrites déjà connues, et de les classer dans le cadre nosologique.

Nous diviserons donc ce chapitre en deux parties ; dans la première, nous traiterons des *Névrites en général*, et dans la seconde nous parlerons des *Névrites d'origine blennorrhagique*.

## I

### LES NÉVRITES EN GÉNÉRAL

Les névrites périphériques ne sont guère connues que depuis quelques années. Duménil (de Rouen) publia, en 1866, le premier travail sur les névrites, intitulé : « Contribution pour servir à l'histoire des paralysies périphériques, et spécialement des névrites. » Ce premier essai resta sans écho jusqu'en 1879, époque à laquelle M. Joffroy publia, dans les archives de physiologie, un mémoire traitant : « De la névrite parenchymateuse spontanée, généralisée ou partielle. »

Mais c'est en 1883 seulement que l'attention des cliniciens fut sérieusement attirée sur cette question. M. Déjerine, qui s'est, depuis, montré le plus ardent champion de la névrite, publie une série d'articles sur le *nervo-tabes* périphérique. En 1884, Dreschfeld publie : « On alcoholic paralysis » ; en 1885 paraît la thèse de M. Leval-Picquechef sur les *pseudo-tabes*. Puis, enfin, les nombreux et savants mémoires de Pitres et Vaillard, les travaux de Strümpell, de Leyden, l'admirable thèse de M<sup>me</sup> Déjerine-Klumpke, les belles pages de F. Raymond, de P. Blocq et Marinesco, sont venus apporter de nombreux éléments qui n'ont pas encore pu compléter l'histoire déjà avancée de la névrite.

Nous allons essayer d'écrire en quelques lignes une étude rapide sur ce sujet si intéresssant.

Les névrites peuvent se subdiviser d'abord en deux grands groupes : les névrites interstitielles et les névrites parenchymateuses.

#### A. — NÉVRITES INTERSTITIELLES

Les névrites interstitielles, moins importantes que les parenchymateuses, ont été, par cela même, l'objet de moins de travaux. Peut-être même les a-t-on un peu négligées, et les auteurs, préoccupés des altérations de la fibre nerveuse, n'ont pas toujours remarqué la lésion du tissu conjonctif interstitiel, qui a peut-être produit celle du tube nerveux.

M. Rummo (de Pise) est tombé dans l'excès contraire, croyons-nous; car voici ce qu'il dit au congrès de Rome en 1890: « Toutes les polynévrites, quelle que soit leur cause, peuvent être interstitielles ou parenchymateuses. Mais ces deux formes anatomiques ne sont que des stades différents d'un seul et même processus »

.... La toxine ou le virus qui produit la polynévrite agit d'abord sur la myéline, puis sur le cylindre-axe, dont l'altération doit être considérée comme secondaire. »

Nous préférons l'opinion plus modérée de M. Joffroy, qui prétend que l'inflammation interstitielle « peut, dans certains cas, arriver jusqu'à l'inflammation des tubes nerveux. »

Les rares travaux publiés au sujet de la névrite interstitielle ont trait à la sciatique. C'est sans doute à cause de sa fréquence relative et de la plus grande facilité d'observation.

C'est donc la névrite interstitielle du sciatique, qui nous fournira les éléments de cette étude.

Les symptômes de la névrite interstitielle du sciatique sont les mêmes que ceux de la sciatique névrose ; c'est-à-dire : douleurs paroxystiques, intermittentes ou rémittentes, ayant leur siège sur le trajet du nerf ; engourdissements ; atrophie musculaire tardive résultant du repos forcé et prolongé du membre.

Quelquefois, dans la névrite sciatique, le nerf, plus tendu, est plus accessible au doigt, on peut sentir un renflement en forme de fuseau.

Mais ce n'est qu'à l'autopsie que l'on peut voir la différence.

Cliniquement, on ne peut donc affirmer, en face d'une sciatique, si l'on a affaire à une sciatique névrose ou à une névrite interstitielle de ce nerf.

A l'autopsie, plusieurs auteurs, entre autres Cotugno et Fernet, ont signalé comme lésions macroscopiques : l'hypertrophie du nerf, sa coloration rosée, le développement considérable des vaisseaux nourriciers. D'autres, comme Remak, Bénédick, Tripier, ont décrit des lésions microscopiques, que Bard résume ainsi, dans son *Précis d'anatomie pathologique* : « Suivant les cas, le tissu conjonctif devient le siège d'une infiltration embryonnaire qui peut aller jusqu'à la supuration, ou bien, il s'hypertrophie et s'indure. »

Nous allons maintenant pouvoir comparer ces névrites aux névrites parenchymateuses qui ont, dans la pathologie, une importance bien plus considérable.

## B. — NÉVRITES PARENCHYMATEUSES

Les névrites parenchymateuses peuvent présenter la forme *sensitive* ou la forme *motrice*, suivant que la lésion do-

*mine* dans les nerfs sensitifs ou dans les nerfs moteurs. Mais on trouve aussi fréquemment la forme *mixte*, dans laquelle les troubles sensitifs et les troubles moteurs se sont développés avec une égale intensité.

Au point de vue symptomatique, les névrites peuvent être divisées en formes *localisées* et en formes *généralisées*.

Que la névrite présente la forme sensitive, motrice ou mixte, qu'elle soit localisée ou généralisée, la lésion inflammatoire est toujours la même; que la lésion nerveuse soit sensitive ou motrice, elle passe par les mêmes phases, et le microscope découvre toujours les mêmes lésions.

L'évolution pathologique de la névrite périphérique pourrait se diviser en deux périodes: 1<sup>o</sup> Période de congestion; 2<sup>o</sup> période de désagrégation.

Dans la première période, il y a prolifération des noyaux que l'on voit dans la gaine de Mauthner; la myéline se contracte, le cylindre-axe se boursouffle en certains points et prend un aspect moniliforme. Dans la seconde période, ou période de désagrégation, la myéline fragmentée se contracte en boules, puis disparaît et est remplacée par le protoplasma cellulaire; le cylindre-axe disparaît quelquefois, mais souvent reste seul avec son aspect moniliforme, au milieu de la gaine de Schwann.

A ces deux périodes évolutives de la névrite correspondent deux ordres de symptômes différents, suivant la nature de la fibre lésée.

Dans la période congestive, les nerfs irrités transmettent aux extrémités périphériques des sensations différentes, inhérentes à leur nature: Les nerfs sensitifs produisent les sensations de fourmillement, de picotement, de l'hyperesthésie; les fibres motrices produisent les contractions partielles des muscles.

Dans la seconde période, la fibre nerveuse est désagrégée,

les parties essentielles ont disparu, les communications sont interrompues ou peu actives entre le centre et la périphérie. La lésion de la fibre sensitive donnera donc de l'anesthésie, l'abolition des réflexes ; celle de la fibre motrice se traduira par l'impotence fonctionnelle des muscles, de la parésie et peut-être activera-t-elle l'atrophie musculaire.

Nous allons étudier succinctement les formes cliniques les plus connues de la névrite parenchymateuse.

**a. Formes localisées.** — « Ces formes, dit M<sup>me</sup> Déjerine, peuvent être multiples ou variées. Elle (la névrite) peut se localiser à un membre, à un segment de membre, à un ou plusieurs troncs nerveux, ou à un groupe musculaire, indépendamment de son innervation périphérique. »

Les symptômes que l'on peut constater sont d'abord de l'engourdissement, des fourmillements, de l'hyperesthésie, des crampes, des douleurs fulgurantes ; ensuite, de l'anesthésie, de la paralysie affectant de préférence les extenseurs des pieds et des mains, de l'atrophie musculaire ; les muscles présentent des troubles de la contractilité électrique.

Ces troubles sont localisés à un membre, un segment de membre ou à un groupe musculaire.

**b. Formes généralisées.** — Les formes généralisées de la névrite périphérique sont très variées et peuvent simuler toutes les maladies de la moelle. C'est ce que M. F. Raymond exprime si bien dans ses « Leçons sur les maladies du système nerveux », quand il dit : « La symptomatologie de ces névrites périphériques disséminées est essentiellement polymorphe ; mais, parmi ses expressions multiples, deux types ou syndromes paraissent prédominer comme fréquence. Le premier type affecte une grande ressemblance avec la maladie connue sous le nom de tabes dorsalis ou ataxie

locomotrice progressive ; c'est le *nervo-tabes* périphérique de M. Déjerine, que vous entendrez aussi désigner sous le nom de *pseudo-tabes*. Le deuxième type de névrite périphérique disséminée évolue sous les dehors de la *polio-myélite antérieure aiguë* ou *subaiguë* des adultes. »

1° La symptomatologie de la *polynévrite à forme sensitive* présente la plus grande analogie avec celle de l'ataxie locomotrice progressive, d'où le nom de *pseudo-tabes* ou *nervo-tabes* que lui ont donné les auteurs. Les troubles moteurs sont ici peu accentués : un peu de parésie musculaire avec ou sans atrophie, et c'est tout. Mais les troubles de la sensibilité prennent une grande importance : outre les sensations de fourmillement, de brûlure, on constate de l'anesthésie, des douleurs fulgurantes, de l'incoordination motrice, la perte du réflexe rotulien et du sens musculaire ; parfois même l'on trouve la paralysie des muscles moteurs de l'œil. « Dans quelques cas », dit M<sup>me</sup> Déjerine, « le malade présente une démarche ataxique véritable. Le plus souvent, on se trouve en présence de *pseudo-tabes paralytiques*. La démarche particulière de ces malades relève non pas d'une incoordination véritable, mais bien d'une paralysie musculaire, prédominant dans certains groupes, en particulier dans les extenseurs de la jambe et des orteils, imprimant à la démarche un caractère spécial désigné par M. Charcot sous le nom de «*ste ppage*. »

Le *diagnostic* entre le *pseudo-tabes* et le *tabes médullaire* présente quelquefois de sérieuses difficultés, mais il est souvent possible de distinguer ces deux affections. L'évolution du *tabes dorsalis* est très régulière et peut se diviser en trois périodes : 1° douleurs fulgurantes ; 2° ataxie ; 3° paralysie. Chaque période dure plusieurs années et ne rétrocede jamais.

Le *pseudo-tabes* ne présente pas cette régularité et son

évolution est beaucoup plus rapide ; l'*ataxie* est un de ses premiers symptômes, tandis que dans le *tabes médullaire* elle n'apparaît qu'après de longs mois, toujours précédée des douleurs fulgurantes. Le plus souvent, le pseudo-tabétique est un *steppeur*. Le signe d'*Argyll-Robertson* n'a jamais été rencontré dans la névrite périphérique, tandis qu'il est un très bon signe de l'*ataxie locomotrice progressive*. Enfin, le *tabes dorsalis* ne rétrocede pas ; il peut subir un temps d'arrêt dans sa marche, mais il ne guérit jamais. Le pseudo-tabes rétrocede et guérit.

2° La névrite périphérique, à *forme amyotrophique*, présente une symptomatologie se rapprochant de celle de la poliomyélite antérieure aiguë ou subaiguë. « La principale différence, » dit Raymond, « est que souvent, mais non toujours, il existe en plus des troubles de la sensibilité, qui font défaut dans la poliomyélite antérieure. »

Dans la *période prodromique*, le malade accuse une lassitude générale, mais plus marquée dans les membres inférieurs. Il se produit en même temps des phénomènes de fourmillement et d'engourdissement aux extrémités.

A cette lassitude succède bientôt de la *parésie musculaire* ; les membres inférieurs n'ont plus la force de supporter le malade, qui est obligé de s'aliter. Cette faiblesse gagne bientôt les membres supérieurs. Les muscles paralysés *s'atrophient* et deviennent douloureux à la pression. On trouve souvent de l'*anesthésie* cutanée et des troubles de l'excitabilité électrique allant jusqu'à l'abolition complète.

Le *diagnostic* avec la poliomyélite repose principalement sur la présence des troubles de la sensibilité, qui n'existent jamais dans cette dernière. Les douleurs violentes et spontanées que l'on trouve souvent dans la névrite n'existent jamais dans la poliomyélite. Il en est de même pour les

douleurs provoquées par la compression des troncs nerveux et des muscles.

La poliomyélite a souvent un début très brusque, accompagné de fièvre ; la paralysie, assez généralisée primitivement, se localise ensuite à certains muscles et devient permanente.

Sauf ces quelques différences, qu'il est quelquefois difficile de constater, la ressemblance est frappante entre ces deux affections.

Telle est l'histoire succincte des principaux types de névrites. Nous allons maintenant passer à l'étude étiologique et pathogénique.

### C. — ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

*Étiologie.* — Les observations de névrite se multipliant tous les jours, le cadre étiologique de cette affection s'élargit aussi journellement. Ainsi se justifient les paroles de M<sup>me</sup> Déjerine : « Les cas de polynévrite de causes obscures, indéterminées, deviennent de plus en plus rares, l'étiologie en est mieux connue, et le temps viendra où l'on découvrira l'agent infectieux ou toxique de certaines polynévrites, classées aujourd'hui encore dans les affections de cause indéterminée. »

Une autre classe de névrites est appelée à disparaître aussi : c'est celle que l'on désigne dans les classifications sous le nom de *névrites spontanées*. « Il y a incontestablement des faits de névrite, » dit M. Grasset, « dont l'étiologie est inconnue ; mais cette ignorance ne suffit pas à constituer une classe à part et ne leur mérite, ni plus ni moins qu'aux autres, l'épithète de spontanée. »

Quoique la classification étiologique des névrites ne soit pas complète et constitue en quelque sorte un chapitre d'attente, la voici telle que la propose M<sup>me</sup> Déjerine-Klumpke :

I. — Névrites infectieuses.

(a) Primitives : comme dans le bérubéri et certaines névrites aiguës de cause encore indéterminée ; névrites dites spontanées de Leyden, consécutives à un surmenage, à un refroidissement excessif.

(b) Secondaires : au cours ou à la convalescence des maladies infectieuses.

$\alpha$  Aiguës : diphtérie, fièvre typhoïde, variole, rhumatisme.

$\beta$  Chroniques : tuberculose, syphilis, lèpre.

II. — Névrites toxiques : plomb, alcool, arsenic, oxyde de carbone, mercure.

III. — Névrites par ralentissement de la nutrition : diabète, cachexie, chlorose, anémie, marasme, rhumatisme chronique.

IV. — Névrites provenant d'affections médullaires et indépendantes de la lésion spinale : névrites motrices et sensitives des tabétiques.

Telles sont, à peu de choses près, les névrites connues jusqu'à ce jour. Nous essayerons bientôt de montrer qu'il existe aussi des névrites infectieuses, d'origine blennorrhagique. Mais, auparavant, nous allons passer en revue les opinions émises sur la pathogénie des névrites.

*Pathogénie.* — Les relations étroites existant entre la moelle et les nerfs périphériques ont été la cause des nom-

breuses discussions qu'a soulevées l'étude pathogénique des névrites périphériques. Voyons les principales théories :

1° Strümpell prétend que la polynévrite est un état pathologique *ayant une individualité propre* et qui n'a de commun avec la poliomyélite qu'une grande analogie dans les symptômes ; qu'elle en diffère par la nature, le siège des lésions et leurs causes.

2° Erb veut que la névrite et l'atrophie musculaire soient des altérations trophiques provenant de la lésion des cellules ganglionnaires des cornes antérieures de la moelle.

3° Une autre théorie veut enfin que la poliomyélite et la névrite soient des modes différents d'une seule et même maladie ; elles se développeraient sous l'influence des mêmes causes, qui agiraient sur la substance grise des cornes antérieures, soit sur les cordons nerveux, soit sur les deux simultanément.

De ces trois théories, la dernière est, croyons-nous, la plus séduisante et probablement la seule vraie. La première, de Strümpell, fait une séparation trop radicale entre deux éléments si étroitement unis et par leurs relations et par leur structure. La théorie de Erb accorde aux fibres nerveuses une immunité absolue contre toute lésion directe. Pourquoi ce tissu aurait-il seul un pareil privilège ?

Nous préférons, avec M. F. Raymond, la troisième théorie, et nous pensons, comme lui, que les paralysies d'origine spinale, comme celles d'origine névritique, « sont des états morbides similaires, se développant sous l'influence des mêmes causes, lesquelles peuvent indifféremment atteindre n'importe quelle partie de l'appareil représenté par ces trois organes : cellule ganglionnaire des cornes antérieures, fibre motrice, fibre musculaire. » Toutefois, nous admettons aussi, avec le même auteur, la fréquence prédominante de la lésion de centres spinaux.

Il est une chose qui est moins connue : c'est l'agent pathogène lui-même et son mode d'action. « Habitué à voir certains phénomènes se manifester presque fatalement à la suite de certains autres », dit M. Paulet, dans sa thèse, « nous disons que les uns sont des causes, les autres des effets.... C'est ainsi que, dans l'espèce, nous disons que la maladie infectieuse produit le pseudo-tabes. Mais comment agit l'agent infectieux auquel nous attribuons ce syndrome clinique ? Comment arrive-t-il à le produire ? Quelles modifications apporte-t-il dans l'intimité des tissus ? Voilà ce que nous ne saurions dire. »

Dans les névrites infectieuses, il est probable que le microbe n'agit pas directement lui-même, mais plutôt par ses produits solubles.

M. Charrin, dans ses expériences sur la pyocyanine, a produit des paralysies chez des animaux, aussi bien par l'action du microbe pyocyanique lui-même, que par l'action du ferment soluble sécrété par ce microbe.

MM. Roux et Yersin ont produit des paralysies chez des animaux, en leur injectant un agent toxique, isolé du bacille de Lœffler.

M. Rummo (de Pise) déclare ceci, au Congrès de Rome en 1890 : « D'après les études anatomo-pathologiques auxquelles je me suis livré, toutes les polynévrites sont d'origine toxique. L'agent toxique lui-même peut être variable : c'est un poison minéral ou organique, ou bien un microbe; enfin, il peut s'agir d'une auto-intoxication..... »

« La toxine ou le virus qui produit la polynévrite agit d'abord sur la gaine de myéline, puis sur le cylindre-axe dont l'altération doit être considérée comme secondaire. »

Leyden suppose que « la substance toxique se combine avec la substance des nerfs périphériques et détermine des dégénération trophiques ou des processus inflammatoires. »

Toutes ces opinions ne nous satisfont pas suffisamment. Nous ne savons encore qu'une chose, c'est que les névrites sont produites par des agents infectieux ou toxiques. Ces agents pathogènes sont connus en grande partie, mais la liste en est encore incomplète.

Nous essayerons de montrer que parmi les agents infectieux pouvant produire les névrites, on peut compter le gonococque.

## II

### NÉVRITES D'ORIGINE BLENNORRHAGIQUE

Les observations de névrites blennorrhagiques que nous avons pu découvrir dans les auteurs ne sont pas nombreuses. Mais nous sommes persuadé que lorsque l'attention sera attirée sur ce sujet, les cas observés se multiplieront.

En mettant en ligne de compte l'observation de pseudotabes que nous avons faite nous-même dans le service de M. Grasset, nous avons recueilli cinq cas de névrite blennorrhagique.

Comme observation de névrite localisée, nous avons un seul cas : c'est une névrite optique, qui fut l'objet d'une leçon clinique de M. le professeur Panas, en 1890.

M. Paul Raymond, dans la *Gazette des Hôpitaux*, du 5 septembre 1891, signale : de Fournier, deux cas de surdité et un cas de diplopie, sous la dépendance de la blennorrhagie ; de Fischel, deux cas de surdité provenant de la même origine. Mais nous n'avons pu, malgré de nombreuses recherches, nous procurer ces observations.

M. Fournier publia, en 1868, dans l'*Union médicale*, une observation de M. Everard Home, sous le nom de sciatique blennorrhagique. Nous croyons qu'il s'agit d'une polynévrite à forme motrice.

M. Peter, en 1866, publia aussi, dans l'*Union médicale*, une observation de sciatique qu'il croyait symptomatique d'une lésion médullaire. Nous montrerons encore que c'est une erreur de diagnostic, bien permise en 1866, et nous prouverons qu'il s'agit d'une polynévrite.

Enfin, nous regrettons vivement de n'avoir pu nous procurer un numéro du *Wratch*, dans lequel M. Pombrak a publié une observation personnelle et des observations de 12 auteurs, se rapportant à des paraplégies blennorrhagiques. Le résumé, par trop succinct, qu'en donne la *Revue neurologique*, nous dit que M. Pombrak admet l'altération immédiate du système nerveux par le gonococque, et qu'il croit à une polynévrite aiguë, due à l'altération des nerfs périphériques par le poison blennorrhagique.

Nous n'avons pas voulu aborder les observations sur les lésions spinales blennorrhagiques et chercher l'existence possible et simultanée de la myélite et de la névrite blennorrhagique. Nous croyons, en effet, que dans l'état actuel de la science, on ne peut encore résoudre ce problème en s'appuyant sur les seules données cliniques.

Voici donc les quelques observations de névrites blennorrhagiques que nous avons pu nous procurer.

### *Observation I*

(Panas : in *Semaine médicale*, 1890, p. 477)

#### *Névrite optique d'origine blennorrhagique*

« Garçon boucher, 29 ans. Les antécédents personnels sont bons; le père et la mère vivent et se portent très bien, ainsi que trois frères ou sœurs. Notre homme n'a jamais fait de maladies; il n'accuse non plus (et on peut le croire sur parole) aucun excès d'alcool ou de tabac. Il y a 4 ans, il contracte une blennorrhagie qui dure 6 mois et dont le début fut marqué par des hématuries qui persistèrent 4 jours et qui survenaient à la fin de la miction; il eut également un rhumatisme blennorrhagique généralisé. Dans le courant de 1889, nouvelle blennorrhagie. Les symptômes aigus ont duré 4 mois, mais la sécrétion n'a jamais été complètement tarie et persiste sous forme de goutte militaire. Au cours de la période aiguë, des douleurs très vives se sont montrées, qui l'ont tenu au lit pendant 3 mois; toutes les articulations ont été prises successivement les unes après les autres, et c'est surtout la région fessière qui a été le siège principal des douleurs. Notre homme a été entièrement perclus, comme un vrai cul-de-jatte; il était cloué dans son lit; dans l'impossibilité absolue de se retourner, et, phénomène remarquable, sans aucun œdème ni épanchement, soit dans la région des gaines tendineuses, soit au niveau des articulations.

Le 6 octobre dernier, il entre dans une glacière et a la notion très nette d'un refroidissement. Il est pris aussitôt de

douleurs de tête très violentes qui nécessitent un repos au lit de 10 jours. Le médecin qui a été appelé, prescrit un traitement des plus anodins.

Le 17 octobre, onze jours après le début des accidents, le malade va mieux, et profite d'une belle journée pour faire une petite promenade. Il constate que la vision est complètement perdue du côté droit. Quelques jours après, il se présente à la consultation des Quinze-Vingts, où l'on diagnostique une *atrophie optique à frigore*; enfin, préoccupé, il vient nous demander conseil. C'est un homme intelligent, qui répond bien aux questions qu'on lui pose. Il affirme, de la manière la plus nette, qu'il voit parfaitement de l'œil gauche, dont l'acuité visuelle n'a jamais diminué.

Actuellement, les manifestations articulaires et sciatiques ont complètement disparu; il ne reste plus què quelques douleurs dans la région sourcilière droite. Le système nerveux paraît en bon état, les réflexes rotuliens sont parfaitement conservés.

L'œil droit est complètement amaurotique; il ne distingue pas le jour de la nuit. La pupille est notablement élargie, bien que cette mydriase ne soit pas maxima; le réflexe lumineux et le réflexe accommodateur sont abolis. L'ophtalmoscope nous donne des renseignements précieux; la papille est manifestement atrophique; néanmoins, cette atrophie n'est pas encore complète, car le tissu nerveux n'est pas de ce blanc crayeux, n'a pas cet aspect de pain à cacheter que vous trouverez chez les vieux ataxiques. Elle est d'un blanc rosé, et nous ne pouvons admettre qu'un nerf en voie de dégénérescence, et non un processus atrophique complet. Les veines ont conservé leur distribution, mais elles sont dilatées et flexueuses; les artères, au contraire, sont petites, presque filiformes. Et non seulement la papille n'est pas blanche, mais elle est louche et ses limites peu nettes; ses

bords sont cachés, et on passe sans transition du tissu nerveux au tissu rétinien. Tous ces signes sont ceux d'une inflammation de la papille. Je l'ai également regardée à l'image droite, et je l'ai trouvée saillante à l'intérieur de l'œil; le sommet est le point culminant, et, en passant sur ce véritable dôme, les vaisseaux décrivent des crochets assez accentués.

En poussant plus loin l'examen ophtalmoscopique, j'ai constaté que la papille n'était pas seule malade, mais que le tissu rétinien lui-même participait à l'inflammation. Du côté temporal, par conséquent, entre la papille et la macula, il existe un pointillé fin qui témoigne que les fibres nerveuses de la rétine sont le siège d'un œdème analogue. La lésion est donc la même : la névrite, passez-moi l'expression, a débordé sur la rétine, et nous avons affaire manifestement à une neuro-rétinite. Mais, je vous le répète, le mal n'en est pas à sa période ultime, et peut-être le traitement arrivera-t-il à en arrêter l'évolution.

L'œil gauche est resté bon, en apparence. Le malade n'accuse aucune modification de ce côté ; mais nous ne nous en sommes pas tenu à son dire, nous avons pris son acuité visuelle qui est égale à 1 : son champ visuel n'est pas rétréci, c'est à peine s'il existe une très légère bande à la partie supérieure et interne. Et cependant, l'ophtalmoscope a montré que la papille gauche était le siège d'une lésion analogue à celle du côté opposé, mais à un degré moindre, il est vrai. La papillite se présente avec les mêmes caractères atténués, il ne manque ici que le pointillé blanc que je vous ai signalé du côté temporal. J'affirme, toutefois, que nous avons affaire à la même lésion, qui n'est pas encore assez accentuée à gauche pour amener une gêne fonctionnelle».

---

M. Panas attribue cette névrite à une poussée de méningite de la base, avec exsudation séreuse. Il est d'avis que le rhumatisme blennorrhagique, comme le rhumatisme ordinaire, attaque les grandes séreuses et que les méninges, quoique plus favorisées que la plèvre et le péricarde, ne sont pas à l'abri de l'infection gonococcique.

Cette névrite optique serait donc secondaire, d'après le savant professeur, mais toujours d'origine blennorrhagique.

## Observation II

(M. Peter : *Union médicale* 1866)

« Le 8 septembre dernier, le nommé Bossuet Jean est admis dans le service que je dirige actuellement à l'hôpital Saint-Louis. Cet homme a dû cesser son travail par suite de la faiblesse et des douleurs qu'il a éprouvées dans les membres inférieurs, et c'est exclusivement pour se faire soigner de ses douleurs qu'il entra à l'hôpital.

L'état du malade est le suivant : la douleur dans chaque membre suit le trajet du nerf sciatique avec les points d'élection de cette névralgie.

La douleur est notablement plus intense dans le membre gauche. La pression et la percussion des apophyses épineuses lombaires et sacrées sont douloureuses. La *sensibilité cutanée est amoindrie* aux jambes, surtout dans leur moitié inférieure ; elle *l'est plus encore aux pieds*. Il existe de plus une sensation *d'engourdissement* à la plante des pieds, sensation plus manifeste à gauche. La faiblesse est assez grande pour que le malade ne puisse rester longtemps debout ; et la marche a lieu avec claudication surtout de la jambe gauche, qui par-

fois fléchit en marchant. Enfin, il y a une sensation de constriction douloureuse en ceinture. *Pas de troubles de la miction, ni de la défécation Pas de fièvre ; bon appétit.*

Il y avait évidemment névralgie sciatique et aciaticque bilatérale. Or, la névralgie sciatique double est ordinairement symptomatique ; je cherchai donc de quoi elle pouvait l'être. Il n'y avait certainement pas de tumeur pelvienne comprimant les deux nerfs ; l'amoindrissement de la sensibilité dans le segment inférieur des deux membres, la faiblesse musculaire, la constriction douloureuse en ceinture et la douleur que provoquait la pression des apophyses épineuses, tout cela me fit conclure à une affection de la moelle.

Cet homme est menuisier ; il travaille dans un hangar ouvert à tous les vents, et c'est vraisemblablement par le fait d'un refroidissement qu'il a été atteint de sa parésie.

Mais il travaillait depuis longtemps dans ces mêmes conditions, sans avoir éprouvé de dommage ; quelle pouvait donc être la cause première assez puissante pour prédisposer cet homme de 28 ans à contracter une affection rare à son âge ?

C'est alors que je constatai que le malade avait une blennorrhagie dont il ne parlait pas. Il en était à sa troisième récurrence. La blennorrhagie actuelle était de trois mois ; l'écoulement, assez abondant, était épais et mucoso-purulent. C'est dix jours avant l'admission du malade à l'hôpital qu'il éprouva les douleurs dans les jambes, avec faiblesse légère. Ce n'est que sept jours plus tard qu'il ressentit la douleur de constriction en ceinture. La faiblesse dans les membres inférieurs augmenta assez rapidement et le malade fut obligé de cesser tout travail.

Application de six ventouses scarifiées à la région lombaire ; emploi de l'opiat au copahu et au cubèbe

Le lendemain, les douleurs étaient moindres, mais la faiblesse restait la même. Douches de vapeur.

Du 4 au 15 septembre, trois fois on revient aux ventouses scarifiées ; la sensation d'engourdissement et la faiblesse persistent à peu près au même degré. L'écoulement a beaucoup diminué.

Le 18, le malade se plaignait d'une vive douleur au niveau de l'articulation temporo-maxillaire gauche, douleur qui l'empêchait de desserrer les dents et gênait même l'émission de la parole. La pression était très douloureuse.

Sur l'articulation, cataplasme chaud, arrosé de laudanum, recouvert de ouate et de taffetas gommé.

Le lendemain, la douleur était la même.

Le jour suivant, elle avait cessé ainsi que celle des jambes ; mais l'engourdissement dans la plante du pied gauche persiste encore, bien qu'amoindrie.

Le 26, douleur avec légère tuméfaction du genou droit. Même traitement que pour l'arthrite temporo-maxillaire.

Le lendemain, la douleur du genou a disparu.

Le 28, le malade ayant essayé de rester debout et de marcher pendant 3 heures environ, il en résulta une fatigue excessive, avec fièvre et douleur dans les jambes.

Les bains de vapeur sont remplacés par des bains sulfureux.

Le 29, l'engourdissement de la plante des pieds tend à disparaître.

Le 5 octobre, le malade a pu marcher toute la journée sans fatigue.

Le 6, il part pour Vincennes, ne souffrant plus de ses membres inférieurs, qui ont recouvré leur force normale, n'éprouvant qu'un très léger engourdissement de la plante du pied gauche et n'ayant plus de douleur à la pression des apophyses épineuses, lombaires et sacrées. A la pression du méat, il ne s'écoulait plus qu'un suintement insignifiant».

---

Dans les commentaires qui accompagnent cette observation, M. Peter pense qu'il s'agit ici d'une lésion médullaire.

Il est certain qu'il y a beaucoup de ressemblance avec une poliomyélite, mais certains détails nous font pencher plutôt du côté de la polynévrite.

1° D'abord, dans la poliomyélite, il n'existe pas de trouble de la sensibilité, tandis que dans la polynévrite il y en a toujours. Or, chez le malade de M. Peter, « *la sensibilité est amoindrie aux jambes, surtout dans leur moitié inférieure ; elle l'est plus encore aux pieds.* »

2° Enfin, l'évolution elle-même de cette affection montre que ce n'est pas d'une poliomyélite qu'il s'agit. En effet, le malade commence à se plaindre le 8 septembre et il sort de l'hôpital guéri le 6 octobre.

Or, ce n'est pas dans un espace de temps aussi court que l'on guérit une poliomyélite. Il est au contraire bien naturel de voir évoluer une névrite dans cet intervalle de temps.

### Observation III

(Everard Home : Pratical observations on the treatment of strictures in the urethra. London, 1803. — Publiée par Fournier dans l'*Union médicale*, 1868)

« Un gentleman, qui avait été affecté déjà de plusieurs gonorrhées et qui s'était toujours traité par l'usage d'injections, contracta, en l'année 1797, une gonorrhée nouvelle qu'il fit encore disparaître par le même moyen. Il prit ensuite une sciatique, laquelle se compliqua des spasmes les plus violents qu'on puisse imaginer, spasmes siégeant dans le membre inférieur correspondant, et, en plus, de violentes douleurs dans les reins et les genoux. Ces symptômes coïn-

cidaient avec un écoulement urétral chronique. Le malade se guérit par l'emploi du calomel et de poudres antimoniales, par l'introduction de bougies passées dans le canal de temps en temps et par un séjour dans un climat chaud.

En 1799, il eut le malheur de contracter une autre gonorrhée et se traita de nouveau par son injection habituelle, laquelle produisit de ce chef une *sciatique*. Cette sciatique fut excessivement violente; elle dépassa ses anciennes limites et les spasmes s'étendirent jusqu'aux *muscles intercostaux*. Le malade dut garder le lit près de quatre mois et sa vie fut compromise. Pendant tout ce laps de temps, *il ne put se servir de ses membres, devenus aussi faibles que ceux d'un enfant au berceau et souffrit d'une douleur permanente dans les reins et les extrémités inférieures*. Affecté de *désordres nerveux multiples*, il ne put reprendre avant une année ses occupations habituelles, et à cette époque même sa santé n'était pas encore pleinement rétablie.

Consulté par lui dans le cours de cette maladie, je fus frappé de la bizarrerie de tels symptômes, et dans la pensée qu'ils pouvaient tenir à un rétrécissement de l'urèthre, je lui demandai s'il urinait à plein canal. La réponse n'ayant pas confirmé mes soupçons, je lui prescrivis l'usage des bains de mer tièdes, traitement qui lui procura un soulagement notable.

Mais, préoccupé de la question que je lui avais adressée, il consulta, aux bains de mer, le D<sup>r</sup> Baird, mon ami, en lui rapportant l'opinion que j'avais émise sur l'origine probable de ses souffrances. Ce médecin explora le canal et constata l'existence d'un rétrécissement qui se refusait au passage de la plus petite bougie. Convaincu dès lors que cette lésion était la cause de tous les symptômes accusés par le malade, il s'empressa de proposer à son client d'attaquer le rétrécis-

sement de l'urèthre par les caustiques, méthode curative dont il a une grande expérience et qu'il a souvent l'occasion de mettre en pratique sur les marins de notre flotte.

La première cautérisation produisit des douleurs, de l'irritation et du ténésme vésical, tous phénomènes qui ne tardèrent pas à s'apaiser. Deux rétrécissements furent guéris sans difficultés, mais il s'écoula deux mois avant que le troisième et dernier se laissât franchir par une bougie de moyen calibre.

A dater du moment où les rétrécissements furent guéris, la surexcitation nerveuse disparut, l'agitation nocturne se calma et fit place à un sommeil régulier, l'appétit revint, et le malade, qui avait toujours été d'une constitution sèche et maigre, commença à prendre de l'embonpoint. Depuis cette époque il n'a plus éprouvé de récurrence de sciatique. »

---

Nous pourrions faire ici les mêmes observations que pour l'observation précédente, car il existe des troubles de la sensibilité.

C'est donc à une polynévrite que nous avons affaire.

#### *Observation IV*

(Pombrak. — Résumée dans la *Revue neurologique*)

« J., P..., 22 ans, se plaint de douleurs dans les articulations du genou et tibio-tarsienne du côté gauche. Blennorrhagie remontant à 12 jours. »

Malgré le traitement (salol, salicylate de soude, etc.) il ne se produit aucun soulagement dans les articulations ; au

contraire, faiblesse progressive dans les deux jambes, avec amaigrissement notable de celles-ci ; en mai, paraplégie amyotrophique complète : mouvements volontaires impossibles ; réflexes rotuliens complètement absents ; douleurs articulaires, surtout dans les mouvements provoqués ; douleurs fulgurantes, sensibilité cutanée anormale ; celle des parties profondes est exagérée ; rétention d'urine ; escharre sacrée aux progrès de laquelle le malade est emporté. Pas d'autopsie».

---

Avec ces seules données cliniques pour bases, nous aurions peut-être hésité avant de nous prononcer.

Mais M. Pombrak, s'appuyant sans doute sur l'absence de lésions sphinctériennes et les troubles de la sensibilité, établissant peut-être une analogie avec les autres cas que nous ne connaissons pas, a diagnostiqué une polynévrite aiguë, due à l'altération des nerfs périphériques par le poison blennorrhagique.

Nous ne critiquerons pas ce diagnostic, puisque nous n'avons pas les éléments suffisants.

### *Observation V*

(Personnelle)

#### *Pseudo-tabes blennorrhagique accompagné d'une névrite optique*

«P... G..., couché au N° 23 de la salle Fouquet, est un travailleur de terre, âgé de 41 ans.

Cet homme, issu d'une mère nerveuse, n'a pas d'autres

antécédents héréditaires. Il n'accuse aucune maladie antérieure. Quoique légèrement artério-scléreux, il n'est pas alcoolique.

Il y a trois ans environ, G... contracta une blennorrhagie qu'il ne soigna pas et qui devint chronique; elle fut accompagnée d'une orchite que l'on traita par une application de sangsues. La blennorrhée persistait sans autres complications, lorsqu'il y a deux ans, le malade fut pris de douleurs dans les deux genoux. Ces douleurs n'étaient pas bien vives puisque G... continuait de travailler; il n'y eut pas de gonflement appréciable des genoux.

Peu après, le malade sentit des fourmillements à la plante des pieds, notamment du côté droit. Il s'aperçut en même temps qu'il ne sentait pas le sol en marchant et qu'il avait de la faiblesse dans les jambes; il titubait et fut bientôt obligé d'avoir recours à une canne.

Des troubles visuels apparurent à peu près à la même époque: G... avait comme un brouillard devant les yeux.

Ces troubles s'aggravèrent peu à peu et le malade fut obligé, il y a deux mois, d'abandonner définitivement son travail à cause de ces troubles oculaires et de la faiblesse des jambes.

Voici ce que nous trouvons actuellement à l'examen du malade:

Du côté de la motilité, nous signalons de la parésie dans les membres inférieurs.

Le malade est faible sur ses jambes, qui ont, paraît-il, diminué de volume. Sa démarche est celle d'un steppeur; il ne jette pas follement les jambes à droite et à gauche comme le tabétique, mais il fléchit trop la cuisse sur l'abdomen, de telle sorte que la jambe s'élève trop au-dessus du sol. Le pied frappe brusquement la terre, mais les extenseurs

ont encore assez de force pour soulever la pointe qui frappe le sol en même temps que le talon.

Lorsque le malade est assis, les jambes pendantes, la pointe du pied ne tombe pas d'une manière appréciable.

Le signe de Romberg ne peut être étudié que difficilement sur ce malade ; il peut à peine se tenir les pieds joints et les yeux ouverts ; il est donc difficile de voir la différence lorsqu'on lui fait exécuter les mêmes exercices les yeux fermés.

Il paraît exister un peu de parésie vésicale.

La pupille, plus dilatée qu'à l'état normal, est aussi insensible à la lumière qu'à l'accommodation.

Du côté de la sensibilité, nous trouvons de l'anesthésie complète à la plante des pieds ; la sensibilité, très affaiblie aux extrémités des membres inférieurs, est mieux conservée vers les racines des membres. Ces troubles sont plus marqués à droite qu'à gauche. La sensibilité au froid et à la chaleur n'est pas abolie, mais paraît diminuée.

Le malade accuse des sensations de fourmillement aux jambes et au tronc ; il éprouve aussi quelquefois des douleurs lancinantes. Depuis quelques jours il souffre de céphalalgies et a quelques vertiges. Il n'y voit pas de l'œil droit et la vue est très faible du côté gauche.

Les réflexes rotuliens ont disparu. Les fonctions génitales paraissent abolies ; les sphincters sont intacts.

L'analyse électrique faite par M. le Dr Sacaze, chef de clinique, a montré que la conductibilité est normale et les réactions aussi.

L'examen ophtalmoscopique, que nous avons fait avec M. Magnol (alors interne dans le service de M. Grasset), nous a fait conclure à l'atrophie complète du nerf optique droit et à un commencement d'atrophie du nerf optique gauche.

Quelques jours après son entrée à l'hôpital (22 janvier

1893), M. le professeur Grasset essaya de traiter le malade par des injections de liquide testiculaire, mais, n'ayant obtenu aucun résultat, il les supprima le 14 février.

M. Magnol essaye alors, par un traitement approprié, d'arrêter l'écoulement blennorrhagique qui persiste encore ; quelques insomnies sont traitées par le chloralose.

Le 8 mars, au moment où l'on allait faire le traitement par l'électricité, le malade demande la sortie et quitte le service dans le même état que lorsqu'il était entré.

*Diagnostic.* — En présence de ce malade, on ne peut hésiter qu'entre deux affections : le tabes dorsalis ou ataxie locomotrice progressive, et le pseudo-tabes ou polynévrite à forme sensitive.

D'abord nous n'avons pas, dans cette observation, la régularité d'évolution que l'on trouve toujours dans le tabes médullaire.

Dans cette dernière affection, les douleurs fulgurantes apparaissent à la première période ; l'ataxie ne vient qu'après de longs mois.

Ici, au contraire, les douleurs, moins fortes que les fulgurantes, ne sont pas les premiers symptômes de la maladie.

L'ataxie a une marche incoordonnée, mais notre malade est un steppeur.

Nous n'avons pas le signe d'Argyll-Robertson, qui est un symptôme capital du tabes médullaire.

Nous pouvons donc éliminer le tabes dorsalis et nous conservons le diagnostic de polynévrite sensitive ou pseudo-tabes.

*Etiologie.* — Cette forme de pseudo-tabes ressemble étrangement à une polynévrite alcoolique. Nous sommes per-

suadé, pourtant qu'il s'agit ici d'une lésion gonococcique. En effet, malgré nos questions réitérées, le malade a toujours nié des habitudes d'alcoolisme aigu ou chronique.

D'ailleurs le peu d'artério-sclérose qu'il présente n'est pas exagéré pour l'âge du malade. On peut dire que le malade a l'âge de ses artères.

Nous sommes donc en présence d'un cas de pseudo-tabes d'origine blennorrhagique.

---

## CHAPITRE SECOND

### NÉVRALGIES BLENNORRHAGIQUES.

Comme nous l'avons déjà fait dans le chapitre premier, et pour les mêmes raisons, nous étudierons d'abord les névralgies en général, et dans la seconde partie, les névralgies d'origine blennorrhagique.

#### I

##### LES NÉVRALGIES EN GÉNÉRAL

La névralgie est un syndrome clinique que l'on classe généralement parmi les névroses. Le plus souvent, elle est symptomatique d'un état général, et dans ce cas, le nerf où siège la névralgie ne présente aucune lésion apparente, mais dans quelques cas (rares il est vrai) elle est symptomatique d'une lésion qui siège sur le trajet du nerf.

Dans les deux cas, la symptomatologie est à peu près la même, et l'on ne peut arriver à distinguer l'une de l'autre que par l'étude microscopique du nerf.

Valleix, qui a le mieux étudié les névralgies, donne comme

*symptômes* de ce syndrome : une douleur plus ou moins violente, siégeant sur le trajet du nerf ; cette douleur a des points d'élection d'où partent des élancements et des irradiations douloureuses, généralement augmentées par la pression.

*Etiologie.* — « En tête des causes vraies » disent MM. Grasset et Rauzier, « il faut placer cet *état névropathique général*, que l'on appelle plus ou moins improprement diathèse nerveuse, nervosisme, etc., mais sur l'existence clinique duquel tout le monde s'entend : c'est un état spécial de faiblesse particulière du système nerveux, qui peut appartenir à une personne ou à une famille ; qui se manifeste par des névroses variées (épilepsie, hystérie, aliénation mentale, etc.) ou par des lésions du système nerveux (de la moelle, du cerveau, etc.) »

D'autres causes de la névralgie sont : les contusions, les plaies, les piqûres, etc.

Les *diathèses*, comme le rhumatisme, la goutte, la scrofule, le diabète produisent des névralgies. Il en est de même des *maladies infectieuses* comme l'impaludisme, la fièvre typhoïde, le scorbut. Nous verrons bientôt que la blennorrhagie peut aussi être cause de certaines névralgies.

*Physiologie pathologique.* — Le chapitre de la physiologie pathologique des névralgies est encore le plus obscur. Car, puisque les nerfs qui sont le siège de la névralgie ne présentent pas de lésion apparente, l'imagination des auteurs trouve le champ libre pour la découverte de nouvelles théories plus ou moins justes. L'opinion la plus raisonnable, est, croyons-nous, celle de MM. Grasset et Rauzier, qui sont d'avis que « l'altération qui siège dans le système nerveux

sensitif périphérique est d'ordre purement dynamique ou d'un ordre anatomique encore inconnu».

*Diagnostic.* — Le diagnostic des névralgies est généralement facile car on ne trouve dans aucune autre affection cette douleur avec élancements siégeant en des points déterminés pour chaque névralgie.

*Traitement.* — Le traitement dépend d'abord de la diathèse, de la maladie générale ou autres causes.

Localement, on obtient de bons résultats des courants faradiques et galvaniques. Les injections hypodermiques de morphine, les pulvérisations d'éther, de chloroforme, de chlorure de méthyle ont donné des succès. Enfin, les révulsifs et les dérivatifs peuvent calmer ce syndrome.

Outre les phénomènes communs à toutes les névralgies, il existe pour chacune d'elles des signes particuliers qui permettent de les distinguer. Nous nous occuperons seulement de la névralgie du sciatique et de celle du nerf crural, car ce sont les seules qui nous intéressent pour le moment.

*a. Névralgie sciatique.* — Après la névralgie du trijumeau, c'est la plus importante et la plus connue des névralgies.

*Etiologie.* — Les causes principales de la sciatique sont l'état névropathique général, le froid, les traumatismes, la compression, les lésions de la colonne vertébrale et (nous le prouverons bientôt) la blennorrhagie.

*Symptômes.* — Douleurs en certains points connus sous les noms de : point lombaire, point sacro-iliaque, point-fessier, point poplité, rotulien, péronier, etc.

La douleur se produit par élancements ; elle est exaspérée par les mouvements, diminuée par la flexion de la jambe. Il peut se produire des fourmillements, un peu d'hyperesthésie ou d'anesthésie.

Le malade éprouve quelquefois des sensations de froid ou de chaleur, résultant de troubles trophiques.

On a signalé quelquefois des atrophies musculaires provenant d'une névralgie sciatique. C'est même sur ce symptôme que Landouzy s'est basé, pour distinguer les sciatiques-névrites des sciatiques-névralgies.

**b. Névralgie crurale.**— La névralgie du nerf crural se distingue par des points douloureux dans l'aîne, au niveau des nerfs perforants, près de la rotule et du condyle interne. La partie antéro-interne de la cuisse et de la jambe est douloureuse.

Il se produit quelquefois des fourmillements, de l'hyperesthésie ou de l'anesthésie.

Après cette étude rapide de la névralgie, nous allons pouvoir montrer qu'il existe des névralgies sciatiques et crurales d'origine gonococcique.

## II

### NÉVRALGIES D'ORIGINE BLENNORRHAGIQUE

Ce que nous venons de dire au sujet des névralgies en général, nous permettra d'être assez bref en parlant des névralgies blennorrhagiques, car la symptomatologie est toujours la même. La seule différence consiste dans l'étiologie.

Il nous suffira donc de reproduire les observations que nous avons pu recueillir dans les différents auteurs.

Nous avons des cas de névralgie sciatique et de névralgie crurale.

**A. — Névralgies sciatiques d'origine blennorrhagique**

Nous avons pu réunir 17 observations de névralgies sciatiques dues à l'action du gonococque. C'est à MM. Fournier et Brisson que nous avons emprunté le plus grand nombre.

*Observation VI*

(M. Lepère. — Reproduite par Brisson.)

«X..., 35 ans, a contracté, depuis cinq semaines, une blennorrhagie violente.

Le médecin qui le voit lui fait prendre des tisanes rafraîchissantes et des bains.

L'écoulement persiste toujours, très abondant.

A la fin de la deuxième semaine, surviennent des douleurs rhumatismales qui se généralisent sans fièvre; névralgie *sciatique* violente; impossibilité de redresser la tête, de mouvoir le bras droit, de poser les pieds à terre; le malade pousse des cris. On continue les boissons et on prescrit des bains électriques et autres...

A la fin de la troisième semaine, M. Lepère, consulté, voyant dans la blennorrhagie la cause de la sciatique, ordonne un traitement en conséquence :

Deux lavements de copahu;  
Trois cuillerées d'opiat au cubèbe.

Cinq jours après, l'écoulement est presque complètement arrêté; le malade peut s'asseoir sur son lit, tourner la tête, descendre même sur le parquet de sa chambre et poser ses pieds sans douleur. Encore un peu de névralgie sciatique.

Le malade, se croyant guéri, cesse tout traitement.

L'écoulement reparaît alors, puis, trois jours après, les douleurs.

Nouveau traitement au copahu et cubèbe.

Cinq jours après, l'écoulement avait disparu et les douleurs beaucoup diminué.

Le malade n'a pas été observé plus longtemps.»

### *Observation VII*

(M. Randon du Landre. — Publiée par M. Fournier.)

«X..., 20 ans, aucune trace d'affection diathésique, pas d'antécédents personnels de rhumatisme, pas de rhumatisme non plus chez ses parents qui sont sains et bien portants.

Ce jeune homme a été pris subitement, au mois de décembre 186..., à son retour d'un voyage à Paris, d'une douleur très vive dans le membre inférieur droit.

Visité le lendemain pour la première fois, il est dans un état de surexcitation extrême, la cuisse et la jambe fléchies, pouls de 96 à 100; léger enduit sur la langue, soif assez grande; peau un peu chaude, le visage couvert de sueur.

La douleur du membre est excessive et la pression la rend intolérable. Elle est surtout vive et a son maximum d'acuité

en arrière du grand trochanter et au niveau des malléoles, mais à un plus faible degré en cet endroit.

Aucune autre partie douloureuse; aucune cause évidente de cette violente névralgie

Elle est prise pour une *sciaticque* rhumatismale ordinaire et traitée en conséquence : vésicatoire pansé au chlorhydrate de morphine, larges frictions opiacées, poudre de Dower, pilules d'extrait thébaïque; le membre est entouré de ouate recouverte de taffetas gommé; diète, tisane nitrée.

Cette médication, continuée rigoureusement pendant quatre jours, n'apporte aucun soulagement et les nuits sont passées sans sommeil.

En présence de cette résistance de la maladie et du manque de cause ayant pu la produire, l'examen des organes génitaux, proposé en l'absence des parents, fit découvrir une blennorrhagie, datant de 6 à 7 jours; elle se faisait reconnaître par un léger écoulement jaune-verdâtre, de la rougeur à l'entrée du canal, de la douleur à la pression et de la cuisson au passage de l'urine.

Rien du côté des testicules et pas de trace de chancre.

Le jour même: opiat au cubèbe et au copahu; injections au sulfate de zinc. Continuation des frictions laudanisées et de l'opium à l'intérieur.

La nuit suivante, pas d'amélioration notable.

Le lendemain, le malade dort un peu dans la journée, mais sa jambe est toujours fléchie; la nuit est excellente, il se réveille avec sa jambe dans l'extension.

Troisième jour du traitement : la douleur est moins vive, l'appétit revient; l'écoulement et la douleur du canal ont sensiblement diminué. Le malade ne prend plus de pilules d'opium, il continue les frictions laudanisées, ainsi que l'opiat et les injections.

Dixième jour du traitement : il se lève, appuie le pied à terre.

Le quatorzième jour, il marche, toute douleur a disparu, l'écoulement n'existe plus. Guérison complète.»

### *Observation VIII*

(Brisson)

«J. P..., 25 ans, terrassier, employé à la construction du chemin de fer de Tulle; constitution robuste, tempérament lymphatique; n'a jamais eu de rhumatismes, ni maladies vénériennes, si ce n'est la fièvre typhoïde deux ans auparavant, et pour laquelle il a été soigné chez lui, dans la Creuse, auprès de son père et de sa mère, tous deux en bonne santé; ses deux frères sont également bien portants.

Depuis huit jours, il a été pris subitement, dans la cuisse gauche, d'une douleur assez violente qui l'empêche de travailler et le décide, le 3 avril 1879, à entrer à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Vincent, service de M. le docteur Bourgade.

A l'examen, rien qui puisse expliquer le mal; il a la cuisse légèrement fléchie et, quand on presse sur la fesse, la douleur s'accroît et paraît suivre le trajet du nerf sciatique jusqu'au jarret; aucune trace de douleur à la jambe.

Vésicatoire pansé avec chlorhydrate de morphine. Frictions avec un liniment opiacé.

Huit jours après, la douleur persistait encore. On s'aperçut alors qu'il avait une blennorrhagie; le malade paraissait vouloir la dissimuler, et elle avait échappé au médecin dont l'attention n'avait pas été attirée du côté des organes génitaux.

L'écoulement était abondant, il remontait à quinze jours, c'est-à-dire huit jours avant la sciatique.

On lui donne du copahu et du cubèbe ; cinq jours après, il allait mieux et pouvait marcher ; comme l'écoulement persistait, on le fit descendre à la salle des vénériens ; le malade, mécontent de ce changement de salle et surtout soulagé de la douleur qui l'avait amené, quitte l'hôpital.»

### *Observation IX*

(Lespagnol ; Thèse, 1815. — Citée par Brisson)

«P. B..., menuisier, âgé de 33 ans, d'un tempérament bilieux, jouissant habituellement d'une bonne santé, ayant depuis huit ans un écoulement vénérien qui paraissait de temps à autre, sans qu'il ait jamais rien fait pour le supprimer, fut pris, dans la matinée du 6 novembre 1813, d'un engourdissement avec douleur et faiblesse dans toute la région externe de la cuisse et de la jambe gauche, depuis la partie postérieure et supérieure de la première jusqu'au-dessous de la malléole externe du même côté. Le soir, la marche et la station étaient impossibles ; il resta dans le même état pendant les neuf jours suivants ; le dixième jour, il entra à l'Hôtel-Dieu.

Le onzième jour, M. Recamier lui ordonna 2 gr. d'essence de térébenthine dans 2 onces de miel, à prendre chaque jour en trois cuillerées : une le matin, une à midi et une le soir, et en même temps de l'eau de chiendent miellée pour boisson.

Le 12<sup>e</sup>, le 13<sup>e</sup> et le 14<sup>e</sup> jour, il n'y eut aucun changement.

Le 15<sup>e</sup> jour, suppression de l'écoulement vénérien et un

sentiment de chaleur dans toute la partie externe de la cuisse et de la jambe, avec diminution de l'engourdissement et de la douleur.

Le 16<sup>e</sup> jour, diminution progressive de la douleur, de l'engourdissement et d'une sensation de froid qui l'avait accompagné.

Le 17<sup>e</sup> jour, disparition presque complète de toute incommodité.

Le 18<sup>e</sup> jour, le malade marche sans appui et sans douleur.

19<sup>e</sup> et 20<sup>e</sup> jours, il cesse l'usage du miel térébenthiné.

21<sup>e</sup> jour, douleur dans la région lombaire vers la partie inférieure et du côté opposé à celui primitivement affecté, mais de courte durée.

22<sup>e</sup> jour, absence complète de symptômes névralgiques; néanmoins, pour prévenir leur retour, reprise de l'usage du miel comme les jours précédents.

23<sup>e</sup> et 24<sup>e</sup> jours, continuation du bien-être.

25<sup>e</sup> jour, léger engourdissement de la cuisse antérieurement malade et, de plus, un peu de toux.

26<sup>e</sup> et 27<sup>e</sup> jours, amélioration.

28<sup>e</sup> jour, guérison et sortie du malade qui marche très bien.»

### *Observation X*

(Diday : Thèse de Paris, 1873)

#### *Rhumatisme blennorrhagique; sciatique*

«L... Marie, âgée de 19 ans, entre le 16 juin 1871, salle Saint-Charles, N° 9, à la Pitié, service de M. Lasègue.

Bonne constitution, elle est bien réglée, n'a jamais eu de

leucorrhée ni d'antécédents rhumatismaux. Vers la fin de mai, elle contracta une blennorrhagie, de l'existence de laquelle il est facile de s'assurer encore aujourd'hui ; la miction est encore très douloureuse. Quinze jours après l'apparition de cet écoulement, douleurs dans les épaules et la mâchoire qui disparurent en deux jours, et, à la même époque, *sciatique* assez violente, puis douleur vive et gonflement dans l'articulation du poignet gauche.

A son entrée, on constate un gonflement notable de l'articulation. La peau est chaude, tendue ; l'œdème s'étend jusqu'aux doigts. On lui enveloppe le membre avec de l'ouate, plus tard, on lui applique un appareil silicaté, et, le 1<sup>er</sup> septembre, elle partait guérie de sa blennorrhagie ; le poignet n'avait pas recouvré son volume et sa mobilité.»

### *Observation XI*

(Chevalier : Thèse de Paris, 1875)

*Quatre attaques de rhumatisme, dont trois consécutives à des blennorrhagies ; sciatique ; antécédents rhumatismaux.*

« J... Etienne, 46 ans, entré, le 21 août 1874, au Midi, service de M. le docteur Mauriac.

Deux frères de ce malade sont rhumatisants.

Mai 1858. — Première blennorrhagie suivie d'une hydarthrose des deux articulations femoro-tibiales.

1859. — Douleurs rhumatismales dans les articulations tibio-tarsiennes et du gros orteil droit, qui s'opposent à la marche et persistent cinq mois.

1868. — Deuxième blennorrhagie immédiatement suivie

de douleurs musculaires dans la nuque, la région lombaire, les parois thoraciques, l'épaule. Ces douleurs, qui persistent pendant tout l'hiver de 1868 à 1869, ne disparaissent qu'au printemps de l'année 1869.

Août 1874. — Troisième blennorrhagie ; huit jours après l'apparition de cet écoulement, il survient des douleurs musculaires à la nuque et de vives douleurs dans la cuisse droite.

A la visite du 22 août, M. le docteur Mauriac constate l'état suivant : écoulement peu abondant assez douloureux, *douleur vive tout le long du trajet du grand nerf sciatique droit*. Les points de Valleix, le trochantérien et le peroneo-tibial surtout très douloureux. La douleur est paroxystique avec irradiations douloureuses dans toute la cuisse. Marche très pénible.

31 août. Ecoulement très diminué. Les muscles de la nuque, le trapèze surtout, les muscles de l'épaule, sont douloureux ainsi que toute la masse musculaire sacro-lombaire ; les efforts, la toux surtout, réveillent ces douleurs.

La douleur due à la sciatique est très diminuée. Le malade peut marcher.

J... sort guéri le 3 septembre.»

### *Observation XII*

(Tixier : Obs. VIII. — Thèse de Paris, 1866)

*Blennorrhagie ; accidents articulaires ; récidence ; sciatique ; péricardite.*

« A..., âgé de 24 ans, employé de commerce, entre à la maison de santé le 8 mars 1866, service de M. Cazalis. Il est blond, d'un tempérament lymphatique, il a toujours joui

d'une bonne santé ; cependant, il y a 7 ans, il aurait eu pour la première fois une petite atteinte de rhumatisme qui dura dix ou quinze jours ; depuis, il n'avait jamais eu aucune manifestation rhumatismale.

Le 25 février, quelques jours après des rapports suspects, apparut chez lui un écoulement urétral ; il prit presque immédiatement du copahu, et huit jours après, il éprouva dans les articulations des jambes et des bras des douleurs très vives avec légère tuméfaction et un peu de fièvre.

Le jour de son entrée, l'écoulement persistait, peut-être un peu moindre, mais le seul fait qui l'ait frappé est la disparition complète de toute douleur pendant la miction, à partir du moment où se sont prises les articulations ; les genoux continuent à être douloureux ; faible tuméfaction, pas de rougeur ; léger mouvement fébrile.

Salsepareille ; sirop sudorifique ; pommade belladonnée ; lavement de glycérine ; deux bouillons ; deux potages.

Quand la douleur fut calmée, au bout de quelques jours, on lui donna d'abord des douches et des bains de vapeur, et à partir du 18 mars, on le mit à l'usage des douches et bains de vapeur à demi-dose.

Depuis longtemps, l'appétit était bon, l'état général très satisfaisant, le malade se levait, ne souffrait plus dans les jambes ; il se croyait guéri, l'écoulement continuait, et il demande à sortir le 23 mars.

Il revient le 27. Il a été repris de nouvelles douleurs il y a deux jours. La souffrance a paru d'abord au niveau du talon ; le lendemain, la douleur s'était étendue et retentissait sur toute la longueur de la jambe, suivant la direction *du nerf sciatique* ; il éprouvait aussi de la douleur dans le genou droit. Il n'y a pas de fièvre, l'appétit se maintient.

Salsepareille, sirop sudorifique, pommade mercurielle

belladonée, 2 degrés. Quelque temps après, on reprend les douches et les bains sulfureux.

Le 4 avril, le malade allait très bien, l'écoulement avait diminué, aucune souffrance en urinant.

Le 14, le malade éprouve un malaise général, il a de la fièvre le soir, et le lendemain matin se déclare un sentiment de gêne à la région précordiale ; nous avons les signes d'un épanchement péricardique, les bruits cardiaques sont sourds, éloignés de l'oreille, en même temps qu'ils présentent une certaine irrégularité, le tout sans modification dans le timbre.

Vésicatoire ; bouillons.

La fièvre disparaît, mais la perturbation des bruits et mouvements du cœur persiste.

Le 31, on prescrit un nouveau vésicatoire ; poudre digitale, 0,08 en 6 pilules.

Le 30, le malade allait beaucoup mieux ; le sentiment de gêne précordiale s'était dissipé ; le lendemain il était encore une fois pris de douleurs dans les bras, mais d'une manière beaucoup plus légère que précédemment.

Enfin, le 10 mai, le malade ne souffrait plus et se levait, seulement l'écoulement n'avait pas disparu.

Il quitte la maison de santé après un séjour de deux mois : depuis nous n'en avons plus entendu parler. »

### *Observation XIII*

(Gries : Thèse de Paris, 1875)

*Blennorrhagie ; sciatique ; synovites ; hygromas*

« Rioux Jean, ouvrier charpentier à l'arsenal de Brest, âgé de 27 ans, entre à l'hôpital de la marine, le 14 septem-

bre 1875, pour une blennorrhagie contractée il y a un mois et demi

Constitution faible. Tempérament lymphatique. Pas d'accidents rhumatismaux. A son entrée, l'écoulement est encore assez abondant.

Dès le lendemain, il accuse des douleurs dans la région lombaire gauche, le long de la face postérieure de la cuisse et à la plante du pied du même côté ; ce sont, en un mot, des *douleurs sciatiques* parfaitement bien caractérisées ; il se plaint en outre d'une autre douleur assez vive, qu'il distingue bien de la précédente, et qui a son siège à l'extrémité postérieure du calcaneum, en avant du tendon d'Achille ; il y a en même temps une légère tuméfaction de la région sans douleur de la peau. Ces signes ne permettent aucun doute sur l'inflammation de la bourse séreuse rétro-calcanéenne. La marche est très douloureuse. Pas de symptômes généraux.

Jusqu'au 21 septembre, même état du malade.

21 septembre. La douleur sciatique est de plus en plus vive ; on a recours à une injection hypodermique de morphine.

Le 22, plus de douleur sciatique ; celle du pied persiste. Onguent mercuriel belladonné et coton.

5 octobre. La douleur du talon persiste au même degré et la tuméfaction a légèrement augmenté. On constate un gonflement douloureux en arrière de la malléole interne, au niveau des gaines qui existent dans cette région ; il y a un peu d'empâtement et une légère rougeur ; la douleur est modérée pendant le repos. L'écoulement a sensiblement diminué d'abondance.

Traitement : opiat. Potion à la teinture de colchique, etc.

Le malade a ensuite des douleurs dans les articulations des pieds, surtout dans celles du pied gauche, des douleurs aussi dans la jambe gauche ; la marche est impossible.

Malgré un traitement par les révulsifs et les calmants, il quitte l'hôpital le 20 novembre, sans être complètement guéri.»

#### *Observation XIV*

(Publiée par Brisson, d'après les notes de M. Fournier)

«X..., âgé de 25 ans, blond, d'un tempérament lymphatique, n'ayant jamais eu de rhumatisme, contracte en 1870 une blennorrhagie pour laquelle il vient consulter M. Fournier, le 11 juillet.

C'est la première gonorrhée dont il est atteint; l'écoulement est jaune-vert, très abondant, et paraît remonter à huit jours, car dimanche, 3 juillet, le malade s'était déjà aperçu d'un peu d'humidité dans le canal.

Depuis longtemps, il n'a vu d'autre femme que sa maîtresse, avec laquelle il vit depuis un an et demi, sans avoir jamais eu la moindre trace d'urétrite; aussi, ne laisse-t-il pas que d'être assez étonné de sa maladie. Les derniers rapports qu'il a eus avec elle remontent au 4 juillet; mais le 1<sup>er</sup>, ils ont passé la nuit ensemble, alors qu'elle venait d'avoir ses règles; il avoue aussi avoir pas mal bu ce jour-là et les suivants, ayant passé presque toute la semaine en parties de plaisir, dîners, soupers au champagne, etc.

Traitement. — Tisane additionnée de bicarbonate de soude.

Le 13, l'écoulement est toujours aussi abondant, quelques vésicules d'herpès se sont développées sur le gland.

Sa maîtresse visitée a été trouvée aussi saine que possible; elle n'a jamais eu d'enfants ni fausses couches, et ne présente aucune trace de leucorrhée.

Ce fait est encore une nouvelle preuve que la blennorrhagie peut être créée de toutes pièces au contact d'une femme absolument saine, sous la seule influence d'excitations immodérées de l'urèthre.

Le 19, l'écoulement paraît avoir diminué un peu ; le méat est enflammé, rouge, dur ; le malade se plaint d'érections nocturnes très douloureuses.

Potion au bromure de potassium, 20 gr. pour 300 gr. d'eau ; à prendre 3 c. par jour.

Le 2 août, il coule à peine, mais éprouve de violentes douleurs en allant à la selle, n'urine que difficilement et attend au moins dix secondes pour émettre les premières gouttes d'urine qui ne s'échappent que par jets. Pas de douleur à la pression périnéale.

Le 4 août, il a été pris subitement, pendant la nuit, de douleurs vives dans la fesse et dans toute la partie postérieure de la cuisse, en suivant le trajet du nerf sciatique ; depuis quelques heures même, elles s'irradient jusque dans le mollet.

Le 16 août, X. a été, tous les jours précédents, retenu au lit par une *sciatique* localisée au point fessier et à la partie supérieure de la cuisse, avec douleurs vives présentant des exacerbations revenant par intervalles ; une nuit surtout elles ont été excessives.

Quelques ventouses scarifiées, des applications narcotiques lui ont procuré un grand soulagement.

Actuellement, il peut marcher, mais traîne encore légèrement la jambe. L'écoulement persiste.

Le 22, la sciatique est à peu près guérie ; il n'éprouve plus qu'un peu de gêne dans la marche. L'écoulement est jaune et paraît un peu moins abondant.

Le 31, à la suite de rapports sexuels et d'un voyage que le malade a été obligé de faire, l'écoulement a augmenté.

Le 12 novembre, X... n'est pas encore guéri de sa blennorrhagie; la fatigue et le manque de soins pendant le mois d'octobre passé en partie en voyages, telles sont les causes probables de la persistance du mal.»

#### *Observation XV*

(Vidart : Thèse de Paris, 1875)

« M. X..., âgé de 21 ans, scrofuleux. On constate au cou des cicatrices d'abcès froids.

Il constate une blennorrhagie intense qui fut de suite traitée; au bout d'un mois, l'écoulement avait à peu près cessé, mais il y eut une recrudescence causée par quelques excès que fit le malade; en même temps apparut une *névralgie sciatique* très intense qui obligea le malade à garder le lit; au bout d'un mois de repos, la guérison était à peu près complète; cependant, la chaudepisse n'était pas complètement terminée.

A ce moment, apparut une hydarthrose du genou droit, avec épanchement considérable. La guérison se fit attendre plusieurs mois, au bout desquels il restait encore des craquements dans l'articulation et une grande gêne dans les mouvements».

#### *Observation XVI*

(M. Fournier. — *Union médicale*, 1868)

*Trois blennorrhagies, trois rhumatismes blennorrhagiques, sciatique dans le cours du troisième rhumatisme.*

« T..., 25 ans, constitution moyenne, tempérament lymphatique, d'une bonne santé habituelle, a eu une première

blennorrhagie, pendant laquelle se produisent des douleurs dans plusieurs articulations (genoux, coudes, pieds) et une double ophtalmie.

En 1868, deuxième blennorrhagie. Dès le 10<sup>m</sup>e jour de la maladie (17 janvier), se manifeste une douleur vive au talon, au niveau du tendon d'Achille; de plus, les conjonctives oculaires s'injectent légèrement.

Le 20, double ophtalmie, de forme conjonctivale; injection vive de la muqueuse, mais sans douleur ni larmoiement, ni photophobie. La douleur du talon est un peu moindre; mais en revanche, depuis la veille, *sciatique* intense caractérisée comme il suit: douleur à la fesse gauche au niveau de l'échancrure sciatique, consistant en une tension continue avec élancements intermittents, descendant tout le long de la cuisse, en arrière, suivant le trajet du nerf; la pression au point fessier éveille d'intolérables souffrances; aucun changement de coloration des téguments; aucune tuméfaction appréciable.

Tisane d'orge; liniment narcotique; sirop composé d'iodure de fer et d'iodure de potassium.

Le 23, mieux pour l'ophtalmie et la douleur du talon. La douleur sciatique persiste, mais avec une intensité moindre.

Les jours suivants, guérison complète de l'ophtalmie; atténuation progressive de la sciatique; tendon d'Achille toujours douloureux et très sensible à la pression.

De plus, de nouvelles manifestations se produisent: tuméfaction légèrement douloureuse de la tête du troisième métacarpien, avec coloration rosée des téguments à ce niveau et raideur de l'articulation; douleur dans l'articulation de l'épaule droite. Le 10 février, hydarthrose considérable du genou survenue très rapidement.

Cette hydarthrose persiste longtemps, rebelle à diverses

médications. Elle n'est guère améliorée qu'en mars, après un mois de séjour au lit.

Pendant ce temps, douleurs vagues et mobiles, se localisant en divers points (épaules, articulations métatarsiennes des gros orteils, talons), puis disparaissant pour se porter ailleurs.

Le 16, le malade peut marcher, mais péniblement. Il se plaint encore de douleurs vagues et difficilement localisables dans les orteils et la plante du pied. L'écoulement subsiste encore, en dépit des diverses modifications, sous forme d'un suintement minime, mais toujours jaunâtre. Le malade part à cette époque pour les pays chauds.»

### *Observation XVII*

(M. Fournier : *Union médicale*, 1868)

*Trois blennorrhagies, trois rhumatismes blennorrhagiques, le dernier seul accompagné d'une sciatique*

« X..., âgé de 25 ans, employé de chemin de fer, constitution moyenne; tempérament lymphatique. Bonne santé habituelle; mère rhumatisante, mais aucun antécédent personnel de rhumatisme.

Ce jeune homme a contracté, en 1863, une première blennorrhagie assez intense et surtout d'assez longue durée. Dans le cours de cette maladie, il a longtemps souffert de vives douleurs dans les articulations du pied.

Je le vois pour la première fois, en janvier 1865, affecté d'une seconde blennorrhagie depuis deux mois. Il a fait divers traitements pour se débarrasser de cette maladie; mais il a toujours eu des rechutes à la suite de chaque médi-

cation. Aujourd'hui encore, 15 janvier, il présente un écoulement purulent et jaunâtre d'intensité moyenne. De plus, il souffre de douleurs dans les pieds, douleurs exactement analogues à celles qui ont accompagné sa première blennorrhagie et qui ont pour siège les articulations du tarse, celles du tarse avec le métartase, et celles du métartase avec les phalanges. Ces douleurs sont assez vives pour empêcher la marche; elles ne s'accompagnent ni de rougeur des téguments, ni de tuméfaction appréciable.

*Traitement.* — Boisson au bicarbonate de soude; bains de vapeur quotidiens, avec douche dirigée sur les pieds; liniment au chloroforme.

19 février. Les douleurs sont moindres. Le malade peut marcher, mais lentement, avec l'aide d'une canne. L'écoulement a diminué.

Electuaire au cubèbe et au copahu.

27 février. Douleurs disparues. Suppression de l'écoulement. On continue le même traitement à doses progressivement décroissantes. Guérison confirmée en mars.

Troisième blennorrhagie, déclarée le 21 septembre 1865. Au début, traitement par des tisanes et par la boisson au bicarbonate de soude, conseillée par moi dans le cours du dernier écoulement.

Le 4 octobre, ophtalmie de l'œil gauche; quelques jours plus tard, cette ophtalmie abandonne l'œil gauche et se porte sur le droit. En même temps, douleurs vives occupant tour à tour la région lombaire gauche, la région trochantérienne, le genou et le pied du même côté. Le malade vient alors me consulter et je constate, le 12 octobre, l'état suivant :

1° Double conjonctivite oculo-palpébrale avec injection assez intense, mais sans larmolement ni photophobie. Iris intact; cornée saine; vision normale;

2° Synovite des tendons extenseurs des orteils ayant produit une tumeur légère sur le dos du pied, avec rougeur, suivant la direction des tendons, et douleur vive à la pression ;

3° Douleurs dans le genou gauche, mais sans aucune tuméfaction de la jointure ;

4° Ecoulement blennorrhagique moyen, sans douleurs ni phénomènes inflammatoires marqués.

*Traitement.* — Electuaire au cubèbe et au copahu, collyre émollient ; liniment au laudanum et au chloroforme ; repos.

Le 16, amélioration évidente. Douleurs sous le talon droit.

Le 19, l'amélioration continue ; mais, depuis hier, explosion d'une *sciaticque* des plus violentes. Douleurs extrêmement violentes au niveau de la fesse, descendant dans toute la cuisse, en arrière, et suivant le trajet du nerf sciatique, retentissant sur le genou et sur le dos du pied. Ces douleurs se reproduisent par crises, spontanément. Elles sont rappelées et exaspérées par la moindre pression au niveau du point fessier. Elles rendent non seulement la marche, mais le moindre mouvement impossible. L'écoulement est minime, mais il persiste toujours.

Même traitement ; bains de vapeur quotidiens.

Pour abréger cette observation, disons seulement que les douleurs sciaticques disparurent progressivement. L'écoulement qui persistait fut traité par les injections astringentes.

Le 5 novembre, il avait disparu.

Guérison complète.»

### Observation XVIII

(Fournier : *Union médicale*, 1866-1867)

*Cinq blennorrhagies ; cinq rhumatismes ; sciatique figurant au nombre des manifestations du cinquième rhumatisme*

«X... a eu quatre blennorrhagies successives, pendant lesquelles il a été pris de quatre attaques de rhumatisme.

Ce jeune homme, mon ami depuis vingt-cinq ans, n'est pas le moins du monde rhumatisant ; ses parents, son frère, ses sœurs, que je connais depuis longtemps, n'ont jamais eu de rhumatisme.

Fort de sa propre expérience, il se garantit du froid dès qu'il contracte un écoulement, et le rhumatisme fatal ne se manifeste pas moins. Je me rappelle que lors de sa quatrième attaque, comme je lui demandais avec instance s'il ne s'était pas exposé à un refroidissement, il me répondit, non sans quelque ironie : «Tu devrais bien savoir que le froid n'est pour rien dans cette affaire ; mes rhumatismes ne viennent que de mes chaudepisses ; à chaque chaudepisse nouvelle, j'ai un rhumatisme, c'est convenu.»

En décembre 1866, X... contracte une cinquième blennorrhagie.

Il s'était prédit lui-même un rhumatisme nouveau, lequel n'a pas manqué de se produire dès la seconde semaine de la maladie. Or, entre autres manifestations, j'ai constaté chez ce jeune homme, coïncidemment avec une double arthrite des genoux, avec une synovite du tendon d'Achille et une ophtalmie, une *sciatique* véritable aussi bien caractérisée que possible, naissant aux lombes, se propageant à la fesse et

dé descendant tout le long de la face postérieure de la cuisse jusqu'au jarret.

A propos de ce dernier fait, j'ajouterai encore que la femme dont ce jeune homme tient sa chaudepisse a été examinée par moi avec le plus grand soin et reconnue parfaitement saine, aussi saine qu'une femme puisse jamais l'être. J'ai exploré sur elle, avec un soin minutieux, le vagin, le col, l'urèthre, les glandes péri-uréthrales, qui recèlent si souvent le germe des contagions insidieuses ; toutes ces parties étaient dans un état d'intégrité et de santé absolue. Comment donc s'était produite la blennorrhagie de mon malade qui n'avait pas touché d'autres femmes depuis six mois ? Comme elle se produit à mon sens le plus souvent, c'est-à-dire à la suite de rapports immodérés, auxquels s'étaient jointes de copieuses libations. »

### *Observation XIX*

(Brisson : Thèse de Paris, 1883)

*Trois blennorrhagies ; sciatique dans la première, sciatique dans la troisième*

« X..., étudiant en médecine, 21 ans, tempérament lymphatique, jouissant habituellement d'une bonne santé, n'a jamais eu de maladies sérieuses, aucun antécédent personnel de rhumatisme ; père légèrement rhumatisant ; mère bien portante.

Au mois de juillet 1881, première blennorrhagie, écoulement abondant. Il se traite par des tisanes émollientes additionnées de 6 grammes de bicarbonate de soude, et plus tard par le cubèbe et le copahu. Sous l'influence de cette médi-

cation et aussi peut-être d'un repos forcé de 15 jours à la suite d'une entorse, l'écoulement diminue.

Les vacances arrivent ; le malade, dans sa famille, ne peut que difficilement continuer le traitement ; il se fatigue, il chasse, l'écoulement reparaît aussi abondant que les premiers jours. Il durait depuis deux mois, quand, le 10 septembre, il fut pris d'une douleur vive dans la fesse gauche, se propageant dans la cuisse en arrière, en suivant le trajet du nerf *sciatique*, mais jusqu'au jarret seulement. Le malade attribue sa névralgie aux fatigues de l'ouverture de la chasse.

Comme dans la sciatique ordinaire, la douleur présente des intermittences et des exacerbations. Le moindre mouvement l'accroît, la marche devient impossible pendant quelques jours, puis enfin le mal disparaît peu à peu ; un mois après, le malade, qui pendant ce repos forcé avait traité sa chaudepisse à l'aide d'injections, se trouvait guéri et de son écoulement et de sa sciatique.

En 1882, seconde blennorrhagie, mais sans complication aucune.

Le 4 mars 1883, nouvelle blennorrhagie, écoulement cette fois relativement peu abondant.

Il se met à la diète et aux tisanes émollientes ; il éprouve peu de douleur à la miction et est étonné lui-même du peu d'intensité de sa maladie ; pourtant, vers le douzième jour, il se met au cubèbe et au copahu, l'écoulement persiste toujours, quoique léger.

Vers le vingtième jour, il est pris subitement d'une douleur également localisée à la cuisse gauche, mais bien moins intense que dans la première blennorrhagie. Il ne laissait pas cependant que d'être effrayé, car il avait appris, depuis, cette manifestation particulière du rhumatisme blennorrhagique, et il redoutait d'autres complications. Nous pûmes

nous-même constater alors sa sciatique et le voir traîner la jambe en marchant ; la douleur, qui s'accroissait par moment et surtout par le mouvement, ne le retint pas au lit, elle ne persista que huit jours. Sous l'influence du cubèbe et du copahu, que la peur lui faisait absorber plus régulièrement que de coutume, la blennorrhagie disparut aussi ; elle avait duré un mois environ et avait été surtout d'une intensité peu grande relativement à ses chaudepissés antérieures.»

. *Observation XX*

(Everard Home : *Practical observations on the treatment of strictures in the urethra*. London, 1803. — Publiée par Fournier dans l'*Union médicale*, 1868)

«Un officier de marine eut, à l'âge de 16 ans, en 1786, une violente gonorrhée, qui dura plusieurs mois. Il fut ensuite en bonne santé jusqu'en 1791, époque à laquelle il contracta une seconde gonorrhée, dont il guérit en six à huit semaines. Deux ou trois mois plus tard, il fut affecté d'une violente *sciatique* du membre gauche qui céda à l'usage de bains de sel tièdes. En 1797, troisième gonorrhée, dont le malade fut traité, à bord, par l'usage interne du calomel à petites doses. Pendant le cours de ce traitement, il prit un rhume et fut affecté d'une seconde attaque de *sciatique*. Cette *sciatique*, qui siégeait encore à gauche, se compliqua de violents spasmes de tout le membre, puis s'étendit à la cuisse et au genou du côté opposé. L'opium fut le seul remède qui soulagea quelque peu les douleurs. Ces symptômes persistèrent deux années. Ils s'étaient complètement calmés, quand le malade eut le malheur de contracter une nouvelle gonorrhée. Bien que celle-ci ne fût pas trop violente, il se produisit, pendant la période inflammatoire, une récurrence de *sciatique*. Les dou-

leurs s'étendirent aux membres inférieurs et se propagèrent ensuite à tout le corps. Le malade revint dans cet état en Angleterre et essaya, sans profit, de plusieurs remèdes. On découvrit alors qu'il était affecté d'un rétrécissement uréthral, pour lequel je fus appelé à lui donner mes soins. J'eus recours à la cautérisation pour guérir le rétrécissement. A peine le canal fut-il rétabli dans son état naturel que la sciatique et les autres symptômes s'apaisèrent aussitôt.

En février 1802, une nouvelle blennorrhagie reproduisit tous les symptômes précédents, avec une intensité supérieure même à celle des attaques antérieures. La maladie résista aux eaux de Bath, de Bristol et de Cheltenham, mais céda à une cure mercurielle. Cette gonorrhée avait déterminé une violente irritation de l'urèthre et de la vessie, et le cathétérisme fit connaître qu'il s'était reproduit un rétrécissement spasmodique du canal. Deux ou trois introductions de bougies en triomphèrent.»

### *Observation XXI*

(Fournier: *Union médicale*)

*Trois blennorrhagies, trois rhumatismes blennorrhagiques; sciatique dans le second rhumatisme; sciatique dans le troisième*

«N. E..., dessinateur, 23 ans, constitution moyenne, tempérament lymphatique très accusé, santé habituelle assez bonne. Pas de rhumatismes antérieurs.

En 1864, première blennorrhagie s'étant accompagnée, au dire du malade, d'accidents rhumatismaux (gonflement des deux genoux, douleurs dans les pieds, dans les talons, etc.).

En 1866, seconde blennorrhagie. Dès le début, boisson au bicarbonate de soude. Quelques jours après, douleurs très violentes dans la fesse et la cuisse droite, suivant une ligne que le malade indique fort bien et qui est exactement parallèle au trajet du sciatique; de plus, douleurs dans les pieds, au niveau du tarse et du métatarse; douleurs violentes dans un talon.

Le 23 novembre, le malade est vu pour la première fois et on constate un écoulement blennorrhagique d'intensité moyenne, indolent, jaune-verdâtre; d'autre part, des symptômes multiples d'un rhumatisme blennorrhagique consistant en ceci :

1° Au talon gauche, petite saillie circonscrite au niveau du tendon d'Achille, excessivement douloureuse au toucher en arrière, indolente latéralement, fluctuante d'un côté à l'autre, ce qui témoigne de l'existence d'une petite collection liquide située exactement au niveau du tendon.

2° Sur la face dorsale du pied gauche, synovite des tendons extenseurs des orteils ;

3° Sur la face dorsale du pied droit, synovite semblable, mais moins étendue, moins douloureuse, moins aiguë ;

4° Hydarthrose du genou gauche;

5° *Sciatique droite* très bien accusée par des douleurs spontanées, occupant la fesse et suivant la face postérieure de la cuisse correspondante. La pression au point fessier provoque une souffrance des plus vives.

Tisane d'orge, liniment au laudanum et au chloroforme, purgatif; repos.

Le 3 décembre, ophtalmie légère de l'œil droit, consistant en une conjonctivite oculo-palpébrale.

Le malade part en ce moment pour se faire traiter dans son pays. Il ne fut guéri des diverses manifestations précédentes qu'après plusieurs mois.

En août 1867, troisième blennorrhagie. Traitement : tisane, hygiène sévère, flanelle sur le corps, précautions minutieuses contre toute chance de refroidissement.

Trois semaines après le début, explosion soudaine de douleurs *sciatiques* des plus intenses occupant la région lombaire et la fesse du côté droit; douleurs à la fois spontanées et exaspérées par les mouvements, la pression, voire même le plus léger attouchement.

Une forte application de ventouses scarifiées diminue les douleurs qui deviennent supportables; une seconde les fait disparaître presque complètement.

Les jours suivants, différents accidents de rhumatisme blennorrhagique se produisent (hydarthrose du genou gauche, inflammation aux deux pieds de la bourse séreuse située au-devant du tendon d'Achille, douleurs dans différentes jointures....)

Guérison définitive en novembre.»

### *Observation XXII*

(M. Fournier : *Union médicale*, 1868)

*Trois blennorrhagies; trois rhumatismes blennorrhagiques. Sciatique figurant au nombre des manifestations du second et du troisième rhumatisme*

« D..., 31 ans, constitution robuste, stature athlétique, jouissant d'une bonne santé habituelle, n'ayant jamais eu de maladie grave, n'ayant jamais été affecté de rhumatisme en dehors de ses blennorrhagies. Aucun antécédent rhumatismal dans ses ascendants. Mère dartreuse. Frère dartreux, mais jouissant d'une excellente santé et n'ayant jamais souffert de rhumatisme.

I. — En 1862, première blennorrhagie, qui ne tarde pas à se compliquer d'accidents rhumatismaux : début par douleur au tendon d'Achille et en arrière des malléoles ; dès le lendemain, disparition de ces douleurs, mais arthrite aiguë du genou gauche avec épanchement considérable ; double ophtalmie rhumatismale ; hydarthrose du genou droit, récédive d'ophtalmie ; synovite du tendon d'Achille ; synovite des tendons des orteils ; douleurs thoraciques et dorsales vagues, non localisables ; éruption herpétique du gland, etc. Les arthrites du genou furent excessivement violentes et opiniâtres ; elles persistèrent plus de trois mois et laissèrent à leur suite des raideurs articulaires, qui ne guérèrent que par les eaux d'Aix.

II. — En 1863, seconde blennorrhagie apparue le 3 mars. — Sangsues au périnée, bains répétés, tisanes émollientes, repos, diète relative. Vers le 10<sup>e</sup> jour, cubèbe à forte dose ; 30 grammes par jour.

L'écoulement diminue et semble se tarir ; quelques injections le suppriment complètement. Il ne reste plus qu'une humidité claire et aqueuse du canal, et tout marche pour le mieux quand, à la suite d'excitations multiples et de rapports prématurés, l'écoulement reparaît avec intensité le 13 avril. Cubèbe et injections.

Le rhumatisme s'annonce par une double ophtalmie, injection de la conjonctive oculaire et palpébrale, plus vive à gauche qu'à droite ; sécrétion catarrhale ; pas de trouble de la vision ni de photophobie.

Le 27, douleur *sciatique* type. C'est une douleur continue avec excacerbations intermittentes et élancements très pénibles. Elle a son siège principal au niveau de l'émergence du nerf à la fesse ; elle retentit dans toute la cuisse en arrière, suivant une direction que le malade décrit fort bien et qui est

exactement parallèle au trajet du *sciatique*. Elle est exaspérée soit par les mouvements, soit par la marche, qui est presque impossible, soit surtout par la pression, qui, exercée au niveau du point fessier, éveille une souffrance des plus vives. Apyrexie, aucun trouble des grandes fonctions ; insomnie. Eruption herpétique du gland. L'écoulement persiste ; on continue le cubèbe et les injections ; ventouses scarifiées ; liniment opiacé.

Les jours suivants, état à peu près stationnaire.

Le 1<sup>er</sup> mai, l'œil gauche est délivré ; le droit est encore très injecté. La sciatique est moins vive, si ce n'est la nuit. Suintement urétral minime.

Le 4 mai, guérison de l'ophtalmie, mais les douleurs du sciatique, qui s'étaient calmées, ont repris une grande intensité. Ventouses scarifiées ; même traitement.

La sciatique persiste jusqu'au 15. L'écoulement se tarit complètement vers le 20. Guérison.

III. — En 1866, troisième blennorrhagie et troisième rhumatisme.

Début de la blennorrhagie le 18 décembre. L'écoulement prend, au bout de quelques jours, une grande intensité et devient même sanguinolent.

Tisanes additionnées de 8 grammes de bicarbonate de soude par litre, eau d'Evian, purgatifs.

Dans la nuit du 24 au 25, douleurs vives dans les tendons d'Achille et le genou droit. Le 25, elles se dissipent et se portent dans le genou gauche qui est légèrement tuméfié, pleurodynie dans la moitié gauche du thorax. *Sciatique* gauche des mieux accentuées. Douleurs vives, spontanées, exacerbantes au niveau de la fesse, descendant jusqu'au jarret, tout le long de la face postérieure de la cuisse et retentissant dans le mollet.

La pression exercée au niveau du point fessier arrache des cris au malade ; elle est également très douloureuse le long de la cuisse, sur le trajet du nerf, et bien plus encore dans le jarret. 20 sangsues sur le genou ; cataplasmes ; liniment au chloroforme en applications continues sur le côté et sur le trajet de la douleur sciatique. Repos Tisane d'orge.

Le 26, hydarthrose considérable du genou gauche, douleurs du sciatique persistantes, excessivement vives dans le jarret. Pleurodynie intense ; bruit respiratoire normal à l'auscultation ; sonorité normale du thorax. Rien au cœur. Douleurs dans le poignet droit, rougeur vive de la caroncule et de la muqueuse palpébrale avoisinante ; sécrétion catarrhale. Appétit diminué.

Le 27, ténesme vésical ; cette nuit, le malade a uriné plus de 60 fois. Genou très tuméfié, mais moins douloureux. Pleurodynie moindre, mais douleurs de sciatique excessivement violentes au niveau des lombes, de la fesse, du jarret et du mollet. Conjonctivite de l'œil droit partielle, limitée à la caroncule et à la muqueuse du voisinage. 80 pulsations. Eruption sur le gland, analogue à celle qui s'est produite dans les deux premières blennorrhagies.

10 ventouses scarifiées sur le trajet du sciatique ; eau de Sedlitz ; médication antérieure continuée.

Le 28, douleurs de sciatique disparues. Pleurodynie plus intense. Genou droit tuméfié. 90 pulsations. Vésicatoire sur le genou.

Le 30, le genou droit est devenu énorme. Langue blanche, inappétence ; 2 verres d'eau de Sedlitz.

Le 31, douleur dans l'avant-bras et le coude, qui se tuméfie. Teinture de colchique, 4 grammes.

Dans les 10 premiers jours de janvier, amélioration notable de tous les symptômes ; l'écoulement finit par se tarir. Guérison complète en avril.

## B. — NÉVRALGIES CRURALES D'ORIGINE BLENNORRHIQUE

Les deux observations qui suivent, que nous avons trouvées dans les « Annales de dermatologie » de 1876, sont dues à M. Coutagne.

Ce sont deux cas de névralgie crurale très bien déterminés et sûrement dus à l'infection gonococcique.

### Observation XXXIII

*Blennorrhagie ancienne; plusieurs recrudescences; névralgie crurale; arthralgies passagères; douleurs le long du nerf grand sciatique*

« Joseph C..., âgé de 20 ans, entre à l'Antiquaille le 25 février 1869, salle Saint-Michel, N° 5.

Ce jeune homme est d'une constitution robuste; il n'est point rhumatisant et ne connaît, dans sa famille, personne qui le soit. Il a contracté une blennorrhagie il y a deux ans. L'a très mal soignée, a eu plusieurs recrudescences, dont la dernière, datant de 12 jours, l'amène à l'hôpital.

Trois mois après le début de sa blennorrhagie, ce malade a commencé à ressentir une douleur qui se situait à l'origine de la tubérosité de l'ischion, dans l'épaisseur des muscles fessiers, sans descendre vers la cuisse ni vers le scrotum. Cette douleur, d'abord vive, était devenue très supportable et le malade ne peut se rappeler l'époque à laquelle il en a été

débarrassé complètement; mais, il y a trois mois et demi, une nouvelle douleur s'est fait sentir sur le trajet du *nerf crural*. Cette douleur a été très violente au début; elle a empêché le malade de marcher; un vésicatoire *loco dolenti* ne l'a que peu calmée.

A l'entrée du malade, nous constatons : 1° une blennorrhagie très aiguë; 2° une *névralgie crurale* à droite. La douleur, très supportable lorsque le malade reste au repos, devient vive dans la marche et dans la station; il semble au malade «qu'on lui donne un coup de bistouri». Elle est parallèle au *nerf crural* et va du pli de l'aîne à la rotule. Les points les plus douloureux se trouvent au pli de l'aîne et au niveau des rameaux perforants. La douleur ne dépasse pas le genou.

Le 26 février, le 2 et le 4 mars, on fait à la face antérieure de la cuisse des injections sous-cutanées de sulfate de morphine, sans amener d'amélioration bien sensible.

Le 8, la douleur est toujours forte dans la cuisse, mais le malade se plaint aussi d'une douleur derrière le grand trochanter du même côté, au niveau du rameau fessier de la branche femoro-cutanée. — Bains de vapeur, vésicatoire, 8 capsules de copahu.

Le 12, la névralgie crurale subsiste avec une amélioration légère; l'écoulement est toujours abondant.

Le 17, le malade se plaint surtout au niveau de la face interne du genou.

Le 21, douleurs articulaires dans les genoux et dans les coudes. Ces articulations ne sont pas déformées; mais les mouvements en sont gênés; par contre, la névralgie crurale a disparu à peu près complètement.

Le 31, douleur à la face postérieure de la cuisse, le long du nerf grand sciatique. Cette douleur est profonde, conti-

nuelle, du reste supportable. L'écoulement a beaucoup diminué.

Le 5 mars, la névralgie crurale a reparu, mais moins forte. La douleur située sur le trajet du nerf grand sciatique a disparu ; les mouvements du genou sont toujours pénibles ; les coudes ne sont plus douloureux ; l'écoulement est muqueux et très diminué.

Le 7, la névralgie crurale a disparu.

Le malade est renvoyé le 9 mars, par mesure disciplinaire.»

### *Observation XXIV*

(Coulagne)

*Blennorrhagie accompagnée d'arthralgies multiples ; disparition des douleurs articulaires, coïncidant avec la guérison à peu près complète de la blennorrhagie ; recrudescence de l'écoulement ; réapparition des arthralgies s'accompagnant de névralgies crurales et inguino-scrotales du côté gauche.*

Jean-Baptiste V..., âgé de 18 ans, né à Lyon, ajusteur, entre à l'Antiquaille, salle Saint-Michel, N° 2, le 20 novembre 1868.

Ce jeune homme est d'un fort tempérament ; il n'a jamais été affecté de rhumatisme et ne connaît, dans sa famille, personne qui en ait été atteint ; depuis 2 ans, il est employé dans les chantiers de la Buire et a travaillé dans des ateliers très humides, sans en avoir aucunement souffert. Il n'a pas eu de maladie vénérienne antérieure à celle qui l'amène à l'hôpital.

Actuellement, il présente une blennorrhagie uréthrale des plus aiguës, datant de 5 jours ; écoulement purulent

considérable, douleurs dans la miction, érections nocturnes, etc. Traitement simplement émollient.

Le 1<sup>er</sup> décembre, le malade se plaint de douleurs assez vives, localisées dans les articulations des genoux. On n'y constate point de tuméfaction; la pression excite une faible douleur, la marche est gênée, l'écoulement est abondant; mais les phénomènes aigus ont passé. — Opiat au copahu.

Le lendemain, des douleurs de même nature se font sentir dans les coudes et dans les épaules; les articulations ne sont point tuméfiées.

Les jours suivants, les douleurs continuent à se faire sentir; mais elles diminuent d'intensité; elles deviennent régulières, suivant l'expression du malade.

A la fin de décembre, elles ont presque complètement cessé; l'écoulement, traité par le copahu puis par les injections au sulfate de zinc, est devenu muqueux et a beaucoup diminué. Le malade sort le 2 janvier 1869.

Il pratique le coït le lendemain de sa sortie et voit reparaître, le jour suivant, un écoulement aigu avec tous ses caractères; en même temps, les articulations qui avaient été attaquées précédemment redeviennent douloureuses; le malade rentre à l'Antiquaille le 8 janvier, et, outre un écoulement aigu et des arthralgies dans les épaules, les coudes et les genoux, se plaint d'une douleur qu'il localise très bien *à la face antérieure de la cuisse gauche et à la peau du scrotum du même côté*. Cette douleur est continuelle, avec quelques exacerbations de courte durée; elle suit un trajet exactement parallèle à la direction *du nerf crural* et ne dépasse point le genou; la pression semble exciter une douleur très supportable au niveau des rameaux perforants de la branche du vaste externe et de la face interne de la rotule; la névralgie s'étend au scrotum, mais très superficiellement. Il est évident qu'il n'y a d'intéressé ici que des rameaux cu-

tanés; le testicule, l'épididyme et le cordon sont parfaitement sains et indolents; pas de varicocèle; la douleur est totalement absente le long du trajet du nerf grand sciatique.— Opiat au copahu et au cubèbe; frictions avec le baume tranquille.

Le 10, pas d'amélioration dans les douleurs; l'écoulement diminue.

Le 13, l'écoulement est redevenu muqueux; les douleurs articulaires sont plus supportables; mais la névralgie crurale et scrotale persiste et gêne considérablement le malade dans la marche et même dans la station. Il reste couché la plus grande partie de la journée. Gale intercurrente.— Frictions avec le mélange suivant :

|                                |    |
|--------------------------------|----|
| Baume de Fioraventi. . . . .   | 60 |
| Huile d'amande douce . . . . . | 40 |
| Chloroforme. . . . .           | 30 |

Le 15, la douleur du scrotum a disparu; la névralgie crurale persiste.— Douche de vapeur sur la cuisse gauche.

Le 18, la névralgie crurale et les douleurs articulaires sont beaucoup moins vives et des plus supportables. L'écoulement n'est point encore terminé complètement.

Le 19, sous l'influence probable d'un changement de température, recrudescence des douleurs articulaires. La névralgie crurale a presque entièrement disparu.

Le 20, le malade demande brusquement sa sortie. Il nous a été impossible de savoir ce qu'il était devenu depuis.

---

*Étiologie.* — D'abord, la blennorrhagie peut-elle produire des névralgies? — Nous répondrons sans hésiter: Oui.

En effet, nous avons vu, dans la première partie de ce chapitre, que les maladies infectieuses, comme la fièvre typhoïde, l'impaludisme, etc., peuvent produire des névralgies.

Or, la blennorrhagie est une maladie infectieuse comme celles que nous venons de citer. M. Abel Souplet, dans une thèse récente, vient de prouver que: «S'il n'est pas scientifiquement démontré que la blennorrhagie existe en tant que maladie générale, il y a de fortes présomptions pour admettre sa candidature à l'existence.»

Cette maladie réunit donc toutes les conditions voulues pour produire l'irritation des nerfs périphériques.

Il est reconnu que, comme les maladies infectieuses, la blennorrhagie peut se localiser sur la plupart des tissus, produire du rhumatisme, de l'ophtalmie, de l'endocardite, de la péricardite, des lésions médullaires. Pourquoi n'aurait-elle aucune action sur les nerfs périphériques?

D'ailleurs, les observations qui précèdent montrent que la présence simultanée de ces névralgies et de la blennorrhagie n'est pas une simple coïncidence.

Ainsi, par exemple, dans les 19 observations que nous présentons, aucun des malades n'avait souffert de sciaticques avant la blennorrhée; elles ont donc débuté après l'écoulement.

Toutes ces névralgies ont été améliorées et guéries par les traitements antiblennorrhagiques.

Nous avons eu des récurrences, par exemple, dans les observations XIX, XX, XXI et XXII, toutes ces récurrences ont coïncidé soit avec de nouvelles blennorrhagies, soit avec des poussées nouvelles d'une uréthrite chronique. Ces récurrences

ont été bridées aussi par le traitement contre la blennorrhagie.

Nous pourrions citer quelques exemples pour montrer l'action évidente du traitement antiblennorrhagique sur ces sciaticques.

Dans l'observation VII, la sciatique est traitée d'abord par un vésicatoire pansé au chlorhydrate de morphine, par de larges frictions opiacées, la poudre de Dower, les pilules d'extrait thébaïque, le membre est couvert de ouate et de taffetas ; il ne se produit aucune amélioration. La présence de la blennorrhagie constatée, on donne l'opiat au cubèbe et au copahu, des injections au sulfate de zinc, de l'opium à l'intérieur ; dès le lendemain on constate une amélioration et en quelques jours le malade est guéri de sa névralgie.

Dans l'observation III, le vésicatoire pansé au chlorhydrate de morphine, les frictions opiacées ne produisent rien pendant 8 jours. Le docteur, étonné, cherche et trouve une blennorrhagie ; le traitement antiblennorrhagique est de suite institué, et cinq jours après le malade pouvait marcher.

N'est-ce pas la blennorrhagie qui procurait des poussées de sciatique chez le malade dont parle Everard Home, et que nous signalons dans l'observation XX ? Ce malade a eu cinq blennorrhagies : à la première, rien d'anormal ; mais chacune des quatre autres est accompagnée d'une sciatique, laquelle disparaît par le traitement institué contre l'urétrite.

Ces exemples, pris dans nos observations, montrent jusqu'à l'évidence que ces sciaticques ont été sûrement produites sous l'influence de la blennorrhagie.

*Diagnostic.* — Le diagnostic de ces névralgies ne présente pas de difficultés : les sciaticques sont bien décrites ; on ne

peut les confondre avec d'autres affections ; de même pour les névralgies crurales.

Pour les distinguer des névrites, il suffit de dire qu'elles ne présentent pas de fourmillements, ni d'atrophies musculaires, ni d'anesthésie, ni de parésie.

Elles ne sont pas d'*origine médullaire*, puisqu'elles ne sont pas bilatérales et qu'elles ne présentent pas de signes de lésion de la moelle.

*Pronostic.*— Tous les cas rapportés dans nos observations ont été guéris assez rapidement. La sciatique la plus persistante est celle signalée dans l'observation XV, chez un scrofuleux ; elle dura un mois.

Une des sciatiques signalées dans l'observation XIX ne dura que 8 jours.

Tous les autres cas mentionnés ont évolué dans des limites marquées par ces deux extrêmes.

*Traitement.* — Nous avons vu que les traitements employés couramment contre les névralgies ordinaires ne produisent aucun effet sur les sciatiques blennorrhagiques.

Au contraire, on a toujours obtenu de bons résultats avec les traitements antiblennorrhagiques.

---

## CONCLUSIONS

---

Nous pouvons facilement déduire de notre travail que :

1° La blennorrhagie peut se localiser sur les nerfs périphériques sans qu'il y ait lésion apparente du système nerveux central.

2° Elle peut produire des névrites périphériques, soit localisées, soit disséminées.

3° La blennorrhagie peut occasionner des névralgies, principalement des névralgies sciatiques et des névralgies crurales.

---

**Vu et permis d'imprimer :**

Montpellier, le 9 décembre 1893.

*Pour le Recteur,*  
L'Inspecteur d'Académie délégué,  
J. YON.

**Vu et approuve**

Montpellier, le 8 décembre 1893

*Le Doyen,*  
MAIRET.



## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

---

- ALLEN-STARR. — Des névrites multiples et de leurs rapports avec certaines névroses périphériques (Boston med. journal, 1887).
- BARD. — Précis d'anatomie pathologique.
- BAUER. — Thèse de Munich, 1887.
- BLOCQ. — Diagnostic des affections qui ont été rapprochées cliniquement du tabes (Gaz. des Hôpitaux, 22 mars 1890).
- BLOCQ et MARINESCO. — Polionmyélites et polynévrites (Nouvelle iconographie de la Salpêtrière, 1890).
- BONNET. — Thèse de Paris, 1877.
- BRISSE. — Étude sur la sciatique blennorrhagique (Thèse de Paris, 1883).
- CHARCOT. — Formes cliniques des névrites périphériques (Bull. médic., 21 décembre 1892).
- CHEVALIER. — Thèse de Paris, 1875.
- CONDOLÉON. — Notes sur l'amyotrophie tabétique (Thèse de Paris, 1887).
- COUTAGNE. — Annales de Dermatology, p. 103, 1870.
- DÉJÉRINE. — Sur le nervo-tabes périphérique (Comptes rendus de l'Ac. des Sc., 23 oct. 1883).

DÉJERINE. — De la nature périphérique de certaines paralysies dites  
spinales aiguës de l'adulte (Arch. de physiol., p. 248, 1890).

— Sur le nervo-tabes périphérique, ataxie locomotrice par névrites  
périphériques, avec intégrité de la moelle (Sem. médic.,  
26 avril 1893).

DÉJERINE-KLUMPKE (M<sup>me</sup>). — Des polynévrites en général et des  
paralysies et atrophies saturnines en particulier (Thèse de  
Paris, 1889).

DIDAY. — Considérations sur la nature du rhumatisme blennorrha-  
gique (Thèse de Paris, 1873).

DUMÉNIL. — Paralysie périphérique du mouvement et de la sensibi-  
lité sur les quatre membres (Gaz. hebd., 1864).

— Contribution pour servir à l'histoire des paralysies périphériques  
et spécialement de la névrite (Gaz. hebd., 1886).

DUPOUY. — Thèse de Paris, 1875.

FOURNIER. — De la sciatique blennorrhagique (Union médicale,  
1868).

GRASSET. — Traité des maladies du système nerveux.

— Leçons de clinique médicale, 1891.

GRASSET et RAUZIER. — Traité des mal. du syst. nerveux (s. presse).

GRIES. — Thèse de Paris, 1875.

GROCCO (de Pise). — *In* Semaine médicale, 1890.

HAYEM et PARMENTIER. — Des manifestations spinales de la blen-  
norrhagie (Rev. de médecine, juin 1888).

JOFFROY A. — De la névrite parenchymateuse spontanée, généralisée  
ou partielle (Arch. de phys., 1879).

JULLIEN. — Traité des maladies vénériennes.

LANDOUZY. — Paralysie dans les maladies aiguës (Th. d'agr., 1880).

- LEYDEN. — Die Entzündung der peripheren nervea (Berlin., 1888; analys. in Hayem).
- PANAS. — Névrite optique d'origine blennorrhagique (Sem. médic., 1890).
- PARINAUD. — Thèse de Paris, 1887.
- PAULET M. — Du pseudo-tabes post-infectieux (Thèse Montpellier, 1892).
- POMBRAK. — Sur un cas de paralysie d'origine blennorrhagique (Wratsh, 1893, N° 4. — Anal. in Rev. neurologiq., 1893, N° 3).
- RAYMOND F. — Maladies du système nerveux.
- RAYMOND P. — Les complications nerveuses de la blennorrhagie (Gazette des Hôpitaux, 5 septembre 1891).
- RUMMO. — Congrès de Rome de 1890 (Sem. méd., 1890).
- SOUPLET. — La blennorrhagie maladie générale (Thèse Paris, 1893).
- SPILLMANN et HAUSHALTER. — Contribution à l'étude des manifestations spinales de la blennorrhagie (Gaz. des Hôpit., 5 sept. 1891).
- TIXIER. — Thèse de Paris, 1866.
- VALLEIX. — Traité des névralgies ou affections douloureuses des nerfs (1881).
- VIDART. — Thèse de Paris, 1875.
- VOILLEMIER et LE DENTU. — Traité des maladies des voies urinaires, 1881.
-



## TABLE DES MATIÈRES

|                                                      |     |
|------------------------------------------------------|-----|
| INTRODUCTION . . . . .                               | VII |
| CHAPITRE PREMIER : — Névrites blennorrhagiques . . . | 9   |
| I. Névrites en général. . . . .                      | 10  |
| A. Névrites interstitielles. . . . .                 | 11  |
| B. Névrites parenchymateuses . . . . .               | 12  |
| C. Étiologie et pathogénie . . . . .                 | 17  |
| II. Névrites d'origine blennorrhagique . . .         | 21  |
| CHAPITRE SECOND : — Névralgies blennorrhagiques . .  | 37  |
| I. Névralgies en général. . . . .                    | 37  |
| II. Névralgies d'origine blennorrhagique . .         | 40  |
| A. Névralgies sciatiques . . . . .                   | 41  |
| B. Névralgies crurales. . . . .                      | 69  |
| CONCLUSIONS . . . . .                                | 77  |
| INDEX BIBLIOGRAPHIQUE . . . . .                      | 79  |

# SERMENT

---

*En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !*

---